

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

429

N°

THÈSE

Année 1900

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 Juin 1900

Par **M. Joseph A. PUCCIARELLI**

Né à Sainte-Lucie de Tallano (Corse), le 10 juillet 1857.

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES MATHÉMATIQUES

PROFESSEUR AU COLLÈGE CHAPTAL, OFFICIER D'ACADÉMIE

DES

ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUES
D'ORIGINE INTESTINALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges { TERRIER, professeur.
DELBET, professeur agrégé.
LEGUEU, professeur agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1900

DES ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUES

D'ORIGINE INTESTINALE

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS	SEBILEAU.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N^o

THÈSE

Année 1900

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 Juin 1900

Par M. Joseph A. PUCCIARELLI

Né à Sainte-Lucie de Tallano (Corse), le 10 juillet 1857.

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES MATHÉMATIQUES

PROFESSEUR AU COLLÈGE CHAPTAL, OFFICIER D'ACADÉMIE

DES

ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUES
D'ORIGINE INTESTINALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges { TERRIER, professeur.
DELBET, professeur agrégé.
LEGUEU, professeur agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1900

A MA MÈRE,

A MA FEMME,

A MA TANTE DU PETIT SERANS,

A MES PARENTS,

A MES AMIS.

Au début de ce travail, je ne puis oublier que j'appartiens à l'Enseignement public et que j'ai contracté de nombreuses obligations envers :

MONSIEUR GRÉARD,
de l'Académie Française, Recteur de l'Académie de Paris

Je le prie d'agréer l'hommage de mon profond respect pour la haute bienveillance qu'il a toujours daigné me témoigner.

Je prie MONSIEUR BUISSON, Directeur Honoraire de l'Enseignement primaire et Professeur à la Faculté des Lettres de Paris, de recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance pour la grande bonté qu'il a toujours eue pour moi.

A MONSIEUR PIÉRON
Inspecteur Général de l'Instruction publique

A MONSIEUR GAUTIER
Inspecteur Général Honoraire de l'Instruction publique

A MONSIEUR JOUBIN
Inspecteur Honoraire de l'Académie de Paris

A MONSIEUR DURAND
Secrétaire de l'Académie de Paris

A MES MAITRES
de la Faculté des Sciences de Paris

A MONSIEUR APPEL
Professeur à la Faculté des Sciences de Paris, Membre de l'Institut

A la mémoire

DE MONSIEUR LE PROFESSEUR ALEXANDRE LABOULBÈNE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien
de l'Hôpital de la Charité, Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Je ne saurais trop remercier mon illustre maître, Monsieur le
Professeur Tillaux, de l'honneur qu'il a bien voulu me faire en
acceptant la présidence de cette thèse. Je le prie de recevoir
l'hommage de mon profond respect.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JACCOUD

Professeur de clinique médicale à la Pitié

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la clinique Baudelocque

A MM. LES DOCTEURS RENDU, CHAUFFARD, BROcq,
ROBIN, LAUNOIS, MÉRY, THIROLOIX

Professeurs Agrégés et Médecins des Hôpitaux

A MM. LES DOCTEURS JALAGUIER, RICARD, TUFFIER,
PIERRE DELBET

Professeurs Agrégés et Chirurgiens des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR VARNIER

Professeur Agrégé et Accoucheur des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS LESAGE, LYOT, MORESTIN

Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

Accoucheur des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR PASTEAU

Chef de clinique adjoint à la Clinique des Voies urinaires

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARTHAUD

Professeur au Collège Chaptal

A MONSIEUR LE DOCTEUR PUPIN

Secrétaire de la Faculté de Médecine

Je dois une reconnaissance toute particulière à Monsieur le DOCTEUR TROISIER, Professeur agrégé et Médecin des Hôpitaux, pour toute la bonté qu'il m'a témoignée dans son service de l'hôpital Beaujon.

C'est à Monsieur le DOCTEUR LEJARS, Professeur agrégé et Chirurgien des Hôpitaux, qu'est due l'idée de ce travail. Je dois une double reconnaissance à cet excellent Maître, d'abord pour les soins si dévoués qu'il a bien voulu donner à une personne qui m'est bien chère et ensuite à cause de l'intérêt qu'il m'a toujours porté depuis que j'ai été son élève à l'Hôpital de la Pitié. Je le prie de recevoir l'expression de mon respectueux dévouement et de toute ma gratitude.

DES ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUES

D'ORIGINE INTESTINALE

INTRODUCTION

Le phlegmon périnéphrétique est une question classique qui a une place bien déterminée dans le cadre nosologique. Les travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie qu'il a provoqués ont éclairci bien des points obscurs quant à sa pathogénie ; mais étant donnée la complexité des rapports qui unissent le rein et son atmosphère cellulo-graisseuse avec tous les organes abdominaux qui l'entourent, il n'est pas téméraire d'affirmer que tout n'est pas connu sur le retentissement des lésions de chacun d'eux sur cette capsule adipeuse du rein. La marche de l'infection de cette dernière à la suite de maladies générales est encore peu connue, parce que souvent nous ne savons pas quel est le microorganisme qui a provoqué cette inflammation. Le diagnostic se ressent de l'ignorance de la cause de cette phlegmasie, il reste hésitant et l'incision qui doit donner issue au pus est faite parfois, non pas à l'endroit où s'est formé l'abcès primitif

mais là où la suppuration s'est portée par propagation.

L'important est, à la vérité, de donner une large issue au pus, mais cette ouverture serait plus utilement faite en un point pas trop éloigné de l'abcès primitif, afin d'éviter des complications fâcheuses comme les suppurations intarissables et les fistules.

Le phlegmon périnéphrétique ne se manifeste pas toujours de la même manière ; sa localisation, son évolution clinique, son pronostic et son traitement dépendent considérablement de la cause microbienne et de toutes les circonstances qui font de la fosse lombaire et de son contenu un « *locum minoris resistentiæ* ». Parmi les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde est une de celles dont le bacille se localise le plus facilement dans les terrains prédisposés. Que cette complication périnéphrétique survienne pendant la convalescence, ce qui arrive le plus souvent, ou pendant les rechutes, il est certain que le bacille d'Eberth existe et doit être retrouvé dans le pus de l'abcès. En admettant même que l'on reconnaisse, ce que l'on voit quelquefois (Obs. XI de M. TUFFIER), que le pus est aseptique, on n'a qu'à songer que dans les abcès tuberculeux le pus est souvent stérile, il ne vient cependant aujourd'hui à personne l'idée de mettre en doute l'origine tuberculeuse de la suppuration.

Si l'on a reconnu par des recherches antérieures, et par la réaction de WIDAL, que le malade était atteint de fièvre typhoïde, et consécutivement de périnéphrite suppurée, on est amplement autorisé à en conclure que la

cause de l'infection locale était générale et due au bacille d'Eberth.

On sait aujourd'hui combien l'appendicite suppurée est fréquente ; on sait aussi que le micro-organisme le plus souvent incriminé est le coli-bacille, dont la virulence s'exalte si facilement par la constipation et la stagnation trop prolongée des matières stercorales dans l'intestin. Nous verrons, dans le cas du malade de M. le D^r GÉRARD-MARCHANT, une appendicite à répétition provoquer à chaque fois une lésion périrénale. L'ouverture de l'abcès périnéphrétique n'amena qu'une guérison temporaire. Au bout de quelques mois, les mêmes causes provoquèrent une nouvelle appendicite, suivie encore une fois de complication périrénale. La guérison ne fut définitive que le jour où M. GÉRARD-MARCHANT fit l'ablation de l'appendice cœcal. On a donc un intérêt majeur à connaître la cause véritable de l'inflammation périnéphrétique.

Les pancréatites suppurées étaient peu connues, il y a quelques années, et, comme l'appendicite, elles n'avaient qu'une place bien restreinte dans le cadre nosologique. Les cas rapportés par KÆRTE, au Congrès de Chirurgie allemand de 1895, ont démontré d'une façon évidente qu'elles pouvaient amener des complications du côté de la capsule graisseuse du rein. L'évolution clinique de la périnéphrite suppurée qui a cette origine ne s'effectue pas d'une manière identique à celle qui se produit lorsque la cause est appendiculaire. La localisation de l'abcès se fait le plus souvent sur la face antérieure du rein ou à son pôle inférieur, comme dans les cas d'appendi-

cite. La fièvre, dans ces cas, ne se manifeste que par des températures peu élevées et n'atteint que rarement 40°. La marche de la phlegmasie est plutôt celle d'une pancréatite suppurée aiguë ou chronique que celle d'un abcès périnéphrétique. Si par le tableau clinique on soupçonne une pancréatite suppurée et si la tuméfaction est plutôt abdominale que lombaire, il faudra discuter si l'on aura recours à une incision lombaire, ou épigastrique. La voie sous-péritonéale, moins dangereuse certainement, permettra d'atteindre moins facilement l'abcès profond qu'une incision transpéritonéale et l'issue du pus se fera plus difficilement. On a donc un intérêt considérable à connaître la pathogénie certaine de la périnéphrite suppurée. Le traitement, au lieu de rester purement symptomatique pourra s'attaquer directement à la cause et prévenir soit des récidives, soit des suppurations intestinales et des trajets fistuleux si longs à disparaître.

CHAPITRE PREMIER.

Historique

RAYER étudia le premier l'inflammation de la capsule cellulo-graisseuse du rein et lui donna le nom de péri-néphrite. Les leçons de TROUSSEAU, de DEMARQUAY, de GUÉNEAU de MUSSY et plus tard les travaux d'EBSTEIN, de ROBERTS, de ROSENBERGER, de NIEDEN, de LE DENTU, d'ALBARRAN, de TUFFIER, de FISCHER et de MAAS ont complété la description de cette affection par des recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques.

CHAPITRE II

Anatomie

Nous allons donner quelques notions anatomiques, empruntées aux leçons cliniques de M. DUPLAY (1), sur la fosse lombaire, sur son contenu et sur les rapports du rein avec les organes environnants.

La région lombaire, limitée en haut par les fausses côtes, le ligament cintré du diaphragme et l'intersection de ce muscle avec le transverse de l'abdomen, a pour limite inférieure la crête iliaque. Elle a pour limite interne la colonne vertébrale revêtue en avant par le psoas et en arrière par la masse sacro-lombaire. Du côté externe, la limite pourrait être représentée par une verticale, parallèle à la colonne vertébrale et partant du milieu de la crête iliaque. Le fond de la fosse lombaire est constitué par le feuillet antérieur de l'aponévrose postérieure du transverse, doublé par le carré des lombes. Du côté de l'abdomen, en allant de dedans en dehors, cette fosse se trouve fermée par les muscles petits et grands obliques. Cette disposition des parois de la fosse lombaire ouvre deux voies d'accès. La première, en incisant immédiatement en dehors de la masse sacro-lombaire, en traversant

(1) DUPLAY. Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1899-1900.

successivement la peau, le tissu sous-cutané, le grand et le petit oblique, puis le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse de l'abdomen. On aborde ainsi la région sur son côté externe.

La deuxième voie que l'on peut suivre sera plus en dedans, en incisant le carré lombaire, revêtu en avant par le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse.

En ne tenant pas compte des ouvertures et espaces cellulaires par lesquels passent les vaisseaux et les nerfs allant de la fosse lombaire vers les muscles et la peau, cette cavité lombaire présente deux points faibles : 1^o le triangle de J.-L. PETIT et l'hiatus costo-lombaire de TUFFIER et LEJARS.

Le triangle de J.-L. PETIT est un espace ayant à peu près la forme d'un triangle dont la crête iliaque serait la base et dont les deux côtés seraient le grand oblique et le grand dorsal. Cet espace triangulaire est formé d'une couche celluleuse tapissant une aponévrose faisant suite à l'aponévrose lombaire.

L'hiatus costo-lombaire est situé à la partie supérieure de la fosse lombaire en dehors de la colonne vertébrale. A ce niveau la graisse sous-pleurale communique avec le tissu adipeux de la fosse lombaire.

Le rein, enveloppé d'une couche épaisse de tissu adipeux, se trouve logé dans cette fosse lombaire. Cette atmosphère adipeuse du rein est bien plus épaisse en arrière qu'en avant. Le péritoine, passant sur la face antérieure du rein, ferme cette cavité en avant.

Le colon ascendant est en rapport avec l'extrémité inférieure du rein droit, sur une étendue plus ou moins grande, mais il ne remonte jamais au-dessus du hile, et

par conséquent l'angle du côlon ascendant et transverse n'arrive jamais plus haut que ce point.

A gauche, le côlon transverse passe au-dessus du rein gauche et se continue avec le côlon descendant qui se trouve ainsi situé en dehors du bord externe du rein. Il n'y a donc pas par conséquent de rapport direct à gauche entre le rein et l'angle des côlons transverse et descendant.

Or les deux méso-côlons ascendant et descendant sont composés de deux lames péritonéales entre lesquelles se trouve une couche conjonctive fibreuse assez développée (lame de ZUCKERKANDL). Cette lame, par suite des rapports différents des deux reins avec les côlons, se trouve répondre par sa base : à droite, à la face antérieure du rein, au niveau de son extrémité inférieure seulement, à gauche, à toute la hauteur du bord externe du rein, en dehors duquel elle est située.

La base de la lame de ZUCKERKANDL se divise en deux feuillets qui s'étalent sous le péritoine pariétal, l'un en dehors, l'autre en dedans. Mais tandis qu'à gauche toute la face antérieure du rein sera recouverte par l'épanouissement de la lame de ZUCKERKANDL, à droite une portion tout à fait minime de cette face antérieure sera seulement cachée sous cette lame fibreuse.

Il résulte de cette disposition que les collections péri-rénales, qui auront une tendance à proéminer en avant, seront beaucoup plus graves à droite qu'à gauche; car, dans le premier cas, la cavité péritonéale sera moins bien protégée que dans le second (ALBARRAN, cours inédit.)

Le rein, dans sa partie inférieure, peut se trouver en

contact avec le cœcum. M. LEGUEU (1) a montré que, chez l'enfant surtout, le cœcum a une situation variable : tantôt il siège haut à la partie postérieure de la fosse iliaque droite, fixé sous le rein, près de la crête iliaque, bien loin de la paroi abdominale antérieure et six fois sur cent il est franchement collé au-devant du rein, sans avoir aucun rapport avec la fosse iliaque.

M. JALAGUIER cite aussi le cas d'un enfant opéré pour un abcès péri-appendiculaire; une perforation de l'appendice situé au devant du rein avait provoqué un abcès périnéphrétique.

MAYET (2) rapporte encore le cas d'un enfant soigné par BROCA, opéré pour une appendicite à foyer postéro-supérieur. L'appendice, haut de quatorze centimètres, remontait le long du bord externe du côlon ascendant et s'ouvrait près du rein droit dans un foyer purulent.

Il nous reste à indiquer les rapports du rein avec le pancréas. Le rein droit se trouve en rapport avec la deuxième portion du duodénum et par suite avec le pancréas. Le rein gauche se trouve en rapport avec la queue du pancréas. Ces deux organes sont tous deux sous-péritonéaux.

(1) LEGUEU, Société anatomique, 5 février 1892.

(2) MAYET, Société anatomique, 5 février 1895.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

La périnéphrite est une inflammation de la couche cellulo-graisseuse du rein. Nous laisserons de côté les périnéphrites scléreuses et fibro-lipomateuses, pour ne nous occuper que de la périnéphrite suppurée.

Le phlegmon périnéphrétique peut être total ou partiel.

Lorsqu'il est total, la capsule adipeuse est complètement détruite, sauf dans sa partie antérieure, et le rein baigne dans le pus qui remplit la fosse lombaire.

Lorsqu'il est partiel, il peut être rétro-rénal, sus-rénal ou sous-diaphragmatique, sous-rénal et anté-rénal (1). Dans le premier cas, la collection purulente se trouve située entre la face postérieure du rein et l'aponévrose du transverse. Dans le second, on a une collection purulente sous-diaphragmatique qui retentit souvent sur la plèvre, comme dans l'exemple de CRUVEILHIER.

L'abcès périnéphrétique peut siéger sur la face antérieure du rein, comme dans les cas opérés par M. LEJARS.

Les abcès de la région inférieure sont situés entre le rein et le côlon et ne sont pas rares ; ils ont tendance à fuser vers la fosse iliaque.

Si l'intervention n'est pas précoce, l'abcès se généralise ; il peut occuper non seulement la fosse lombaire, mais la

(1) LEJARS, Congrès de chirurgie, 1899.

fosse iliaque, fuser du côté de la plèvre, du poumon et se donner issue à travers une bronche ulcérée. Quand il a envahi la fosse iliaque, il descend quelquefois jusqu'au pli de l'aîne, passe à travers l'échancrure sciatique et forme une collection à la face antérieure de la cuisse. Le pus peut en arrière s'infiltrer, le long des vaisseaux, en envahissant le tissu cellulaire qui les accompagne, passer à travers l'aponévrose du transverse ou au niveau du triangle de J.-L. PETIT et, par un large décollement sous la peau ou sur la couche musculaire superficielle, donner lieu à un abcès en bouton de chemise.

Lorsque le phlegmon périnéphrétique devient total, le pus diffusant dans les différentes régions, la poche a souvent une paroi formée par les viscères voisins : côlon, foie, péritoine agglutinés, réunis par des fausses membranes épaisses constituant une défense pour ces organes; la face interne de l'abcès est irrégulière, anfractueuse, tomenteuse, parsemée de brides plus ou moins épaisses.

Le liquide des abcès périnéphrétiques varie suivant le point de départ et le microbe pathogène. L'abcès peut contenir du pus bien lié, sans odeur, d'aspect glaireux; il peut avoir une belle couleur jaune clair ou une coloration brune, d'aspect plus ou moins sale; il peut être fétide, il peut présenter une odeur fécaloïde, qui est due au colibacille qu'il peut contenir plutôt qu'au voisinage de l'intestin. Le liquide purulent peut présenter, surtout si l'abcès est d'origine pancréatique, des débris sphacelés de tissus graisseux, des calculs, des corps étrangers ou des débris de tissus voisins infiltrés de liquide roussâtre, comme dans le cas de phlegmon diffus. Parfois, sur de la graisse normale, molle, jaunâtre, transparente, on trouve

des nodules opaques, blanc grisâtre ou de couleur jaune orangé, de consistance crayeuse, ramollis, plus ou moins arrondis et de valeur variable, les uns gros comme des têtes d'épingle, les autres de la grosseur d'une lentille ou d'un haricot. Ces nodules sont plus ou moins confluents. On les rencontre surtout dans le voisinage du pancréas. PONFICK les a découverts dans la moelle osseuse.

La périnéphrite suppurée retentit quelquefois sur le rein, mais en général elle est secondaire à une suppuration rénale.

Le foie ne se laisse pas envahir par la suppuration et si l'on se trouve en présence d'une périnéphrite suppurée et d'un abcès du foie, M. LANCEREAUX croit que la première est toujours consécutive au second. La rate est plus facilement altérée et ramollie par le pus ambiant. Le pancréas peut être ratatiné et noirâtre. L'infection de cette glande du tube gastro-intestinal peut coïncider, à la faveur d'une pancréatite suppurée, avec une périnéphrite suppurée et plus particulièrement avec un abcès anténéphrétique. M. GUINARD est convaincu que la périnéphrite est toujours consécutive dans ces cas à une pancréatite suppurée ; mais cela n'est pas absolument certain et les abcès antérénaux ouverts par M. LEJARS ne semblaient pas avoir pour cause une lésion pancréatique.

Lorsque l'intestin contracte des adhérences avec la poche purulente, il peut s'ensuivre une perforation et une évacuation de pus dans les selles. Nous verrons d'un autre côté des abcès périnéphrétiques se produire à la suite d'une perforation intestinale et en particulier à la suite d'une perforation de l'appendice.

CHAPITRE IV

Étiologie

Au point de vue clinique, l'étiologie des suppurations périnéphrétiques comprend : des causes prédisposantes, des causes occasionnelles et des causes déterminantes.

Causes prédisposantes. — Le phlegmon périnéphrétique est fréquent chez l'adulte, mais M. TUFFIER en a vu un cas chez un enfant de sept ans, à la suite d'une fièvre typhoïde.

Les fatigues et le surmenage jouent certainement un rôle dans la préparation d'un terrain favorable à cette infection, comme nous le verrons plus loin.

Causes occasionnelles. — Parmi ces causes, les unes sont générales, les autres locales.

Comme causes générales, nous pouvons citer : la fièvre puerpérale, la pyohémie, la variole, la scarlatine, la diphtérie, le typhus exanthématique, la fièvre typhoïde, l'entéro-colite muco-membraneuse et le froid.

Comme causes locales, nous citerons les suivantes : les plaies pénétrantes, les contusions, les lésions rénales et surtout les pyélo-néphrites, les lésions des voies urinaires inférieures, les interventions et enfin les suppurations de voisinage. Parmi celles-ci, l'on peut citer celles d'origine pleurale ou pulmonaire, d'origine pelvienne et enfin d'origine intestinale.

Causes déterminantes. — Il n'y en a qu'une seule, qui est l'infection.

Celle-ci peut être primitive dans les périnéphrites provoquées par des traumatismes, mais le plus souvent elle est secondaire.

L'infection peut se faire par trois voies : 1° par la voie excrétrice, dans les affections urinaires d'ordre local ; 2° par la voie sanguine, dans les maladies générales ; 3° par la voie lymphatique dans les suppurations du voisinage.

Nous ne dirons rien de la voie excrétrice, qui n'intervient pas dans notre sujet ; nous allons voir rapidement comment l'infection peut se produire par la voie sanguine ; nous nous servirons pour cela de l'excellent traité d'anatomie topographique de M. le Professeur TILLAUX (1) et du travail de MM. TUFFIER et LEJARS (2).

« Les artères lombaires, dit M. le professeur TILLAUX, naissent à angle droit de la partie postérieure de l'aorte, en arrière des piliers du diaphragme. En général, au nombre de quatre de chaque côté, chacune d'elles se dirige horizontalement en arrière, dans la gouttière des corps vertébraux, et gagne la base des apophyses transverses où elle se divise en deux branches, l'une, antérieure, pariéto-abdominale ; l'autre, postérieure, dorso-spinale. La première est destinée aux parois abdominales et s'anastomose avec l'épigastrique et l'ilio-lombaire ; la seconde se distribue à la moelle et à ses enveloppes, ainsi qu'à la masse des muscles spinaux. Les veines lombaires

(1) TILLAUX, Anatomie topographique, page 707.

(2) TUFFIER et LEJARS, Etudes sur le système circulatoire.

suivent un trajet identique à celui des artères et aboutissent à la veine cave inférieure. »

Voyons maintenant comment le système circulatoire de la couche celluleuse du rein met en communication la circulation sanguine dans la paroi lombaire avec celle du rein et de l'intestin.

Sur les deux faces du rein existe une série de veinules, les unes accolées à la capsule fibreuse, les autres transversales et aboutissant à la veine rénale et à ses branches. Si on s'avise de détacher la capsule cellulo-graisseuse du rein, on voit se rompre une foule de petites veinules, criblant le parenchyme rénal. Les unes naissent dans la capsule adipeuse et vont aboutir aux étoiles de Verheyen, les autres partent du rein et vont aboutir à la capsule grasseuse. Il y aussi un groupe de veinules directes porto-rénales, émergeant des pelotons de la capsule adipeuse et aboutissant aux veines coliques droites et gauches. Un arc veineux de la grosseur d'une artère radiale suivant le bord convexe du rein met en communication à ses deux extrémités la veine surrénale en haut et en bas les veines spermaticques. Cet arc veineux sur son parcours est mis en communication avec la veine rénale par les veines transversales qui criblent la capsule fibreuse du rein. En arrière, les veines capsulaires se jettent dans les veines pariétales de la région lombaire. Si l'on suit les veines lombaires à partir de la longue suite d'anneaux qui forme la lombaire ascendante, on les voit glisser sous le psoas, le carré lombaire, se perdre dans l'épaisseur de la paroi et s'anastomoser avec le système veineux sous-cutané.

M. le professeur RENAUT, de Lyon, a insisté (1) sur ces

(1) RENAUT, Académie de médecine, 1890.

larges communications de la circulation veineuse du rein avec les plexus sous-cutanés de la région lombaire. M. RENAULT a démontré que les veines de la capsule adipeuse sont unies aux veines lombaires par deux voies :

1° A travers le carré des lombes. La toile fibreuse qui le recouvre est perforée par une série de veines émanant de la capsule adipeuse, se ramifiant dans le muscle et aboutissant finalement aux troncs lombaires qui rampent à sa face profonde.

Sur le bord externe du carré des lombes, d'autres veinules rejoignent les mêmes troncs.

2° Derrière le rein, croisant le carré lombaire et masqués par l'aponévrose de ce muscle, descendent les deux nerfs abdomino-génitaux; un peu plus haut le onzième nerf intercostal. Constamment une artériole et deux grosses veinules accompagnent les troncs nerveux et aboutissent aux veines lombaires; en dedans et en dehors elles s'anastomosent avec l'iléo-lombaire. Or ces *venæ nervorum* sont reliées en de nombreux points aux veines capsulaires. Ces branches anastomotiques allant de la capsule adipeuse aux *venæ nervorum* constituent une voie dérivative à la congestion rénale.

MM. TUFFIER et LEJARS ont vu qu'à chaque groupe veineux correspondait une branche artérielle. On conçoit aisément que les microbes et les toxines, charriés par le sang, puissent passer de l'intestin et du rein ou de tout autre point de l'organisme dans la capsule adipeuse, la paroi lombaire abdominale, et provoquer un phlegmon périnéphrétique.

La voie lymphatique sert évidemment de transmission aux éléments infectieux qui se trouvent dans le voisinage.

Au début de l'infection, les ganglions lymphatiques peuvent servir de barrière à l'infection, comme cela a été prouvé par METSCHNIKOFF. Mais si le terrain s'y prête, si l'état général est mauvais, l'invasion se fait, et d'autant plus facilement que le système lymphatique est très développé dans l'abdomen.

L'étude de ces deux voies d'infection nous sera utile pour faire celle de la pathogénie de la périnéphrite suppurée dans les cas que nous allons considérer.

Quels sont les micro-organismes qui peuvent provoquer l'infection périnéphrétique? Les microbes le plus souvent rencontrés dans le pus sont : le colibacille (ALBARRAN, RODET, BROUSSOLLE, LEJARS) le streptocoque (KÜSTER, ISRAËL), les staphylocoques (KÜSTER, ALBARRAN), le pneumocoque (TUFFIER), le gonocoque (MAAS), le bacille tuberculeux (ISRAËL, FISHER, PONFICK), et enfin le bacille d'Eberth (GUINARD, séro-diagnostic). HUBNER a constaté que la simple constipation chronique peut déterminer la pénétration du colibacille dans le sang et son élimination par le rein. Le colibacille est sans aucun doute l'élément infectieux que l'on trouve le plus souvent. Il est cependant des cas, comme celui de M. TUFFIER, où le pus a été reconnu aseptique. Nous ne nous occuperons ici que des abcès périnéphrétiques d'origine intestinale; nous verrons quelle peut être l'influence de la fièvre typhoïde, de l'entéro-colite, de l'appendicite suppurée et de la pancréatite suppurée sur la pathogénie des abcès de la capsule cellulo-adipeuse du rein.

La fièvre typhoïde peut être la cause d'une périnéphrite suppurée. En dehors des cas rapportés par MM. DUPLAY, JALAGUIER et TUFFIER, MICHON (1) rapporte

(1) MICHON, Thèse de Lyon 1890.

celui d'une malade atteinte de fièvre typhoïde qui, pendant la convalescence, avait reçu un coup violent dans la région lombaire gauche. Quelques jours après, la malade fut prise d'une fièvre intense avec douleurs très vives dans l'endroit où le traumatisme avait eu lieu. A la suite de cette contusion et à la faveur de cette fièvre typhoïde, il survint un abcès périnéphrétique. Les suppurations dans la fièvre typhoïde sont fréquentes, surtout pendant la convalescence, et constituent une des complications les plus fâcheuses de cette maladie.

MM. BERNHEIM et SIMON ont (1) aussi publié un cas d'abcès périnéphrétique survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. La malade avait encore reçu un coup violent dans la région lombaire à sa sortie de l'hôpital. Huit jours après, elle fut prise de douleurs dans la région lombaire gauche et de fièvre.

Les jours suivants, la température s'éleva de plus en plus et arriva jusqu'à 40° 4. Le 20 mai, des vomissements survinrent. Le 26 mai, on constata au niveau de la région rénale gauche une tumeur fluctuante. Le 29 mai la fluctuation était très nette. Une ponction au trocart donna issue à 400 centimètres cubes de pus. Le 6 mai, M. le Professeur HEYDENREICH ouvrit largement le foyer. A la fin de juillet, la malade, complètement guérie, quittait l'hôpital. Dans ce cas comme dans le précédent une contusion au début de la fièvre typhoïde avait créé un « locum minoris resistentiæ », et, à la faveur de cette infection typhoïdique, avait provoqué un abcès périrénal.

Dans les cas cités précédemment ce que nous pouvons regretter le plus c'est que l'analyse bactériologique du

(1) BERNHEIM et SIMON, *Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 1880.

pus n'ait pas été faite. A l'encontre de M. BANZET (1), nous sommes convaincus que l'on aurait trouvé le bacille d'Eberth comme agent principal de l'infection. Les infections post-typhoïdiques sont souvent causées par des associations microbiennes, mais pourquoi le bacille de la fièvre typhoïde, qui cause souvent des rechutes aussi graves que la première atteinte, ne pourrait-il pas se localiser sur la couche graisseuse du rein et produire une périnéphrite alors que la néphrite n'est pas rare. Celle-ci peut sans doute être causée par l'élimination du bacille par le rein, mais n'avons-nous pas vu quels rapports intimes unissaient le parenchyme rénal et la couche graisseuse qui l'enveloppe ? MM. FERNET et PAPILLON (2) ont trouvé dans un abcès du rein chez un typhique du pus contenant le bacille d'Eberth. Nous ne voyons pas la raison pour laquelle le pus d'un abcès périrénal ne pourrait pas contenir le bacille d'Eberth.

Nous avons vu quelle part il fallait faire à l'infection par le bacille d'Eberth dans la production de l'abcès périnéphrétique. Nous allons voir quel est le rôle de l'entéro-colite dans la production de la périnéphrite suppurée.

Cette dernière affection, fréquente chez les arthritiques, est caractérisée par l'atonie de l'intestin, une constipation opiniâtre et l'irritation de la muqueuse intestinale consécutive à la coprostase.

Si l'on songe que le coli-bacille est l'hôte habituel de l'intestin et que les conditions précédentes sont éminemment favorables à sa pullulation et à l'exaltation de sa

(1) BANZET. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, juillet, 1896.

(2) FERNET et PAPILLON, *Revue des Sciences Médicales*, 1897.

virulence, nous ne devons pas nous étonner si le colibacille est un des facteurs les plus importants dans l'étiologie de l'abcès périnéphrétique. Les observations suivantes établiront sans peine ce que nous venons d'affirmer.

Le D^r BROUSSOLLE rapporte le cas suivant :

Un malade atteint de dyspepsie intestinale est pris, le 26 septembre au matin, de coliques très fortes avec vomissements abondants ; après quarante-huit heures de constipation absolue et à la suite d'un repas trop copieux, on croit à une obstruction intestinale. Une évacuation très abondante se produit le 29, à la suite de lavements purgatifs répétés.

Le 9 octobre suivant, le malade accuse une violente douleur dans le sein gauche, la fièvre et la tuméfaction de la région indiquent que l'on se trouve en présence d'un abcès périrénal.

On opère le 25 octobre suivant. Après une incision de douze centimètres, le doigt pénètre dans un premier foyer sous-aponévrotique qui permet d'en reconnaître un second plus profond, s'étendant dans la fosse iliaque et communiquant avec le premier par une ouverture en boutonnière du plan musculaire.

La guérison fut longue à cause d'une fistule qui a persisté jusqu'au 17 mars suivant.

Ce qui rend ce cas intéressant, c'est l'examen bactériologique du pus, fait par le D^r DUBARD, et qui révèle la présence du coli-bacille.

Le cas cité dans la thèse de CHAUVENET par M. PAUF-

(4) BROUSSOLLE, *Bourgogne médicale*, juin 1894.

FARD (1) est aussi un exemple de périnéphrite provoquée par la constipation et le surmenage.

Un homme de lettres, au tempérament arthritique, habituellement constipé et sans appétit, est obligé d'interrompre son voyage à cause de l'état d'épuisement dans lequel il se trouve, le 24 avril.

Le repos et le traitement prescrits ne modifient guère son état de faiblesse et le 15 mai suivant des douleurs violentes apparaissent dans la région lombaire droite. Le 25 mai on trouve de l'empâtement de cette région, le 27 de la fluctuation, le 28 l'ouverture du foyer donne issue à un flot de pus et la guérison s'ensuit. Comme cause déterminante de cet abcès périnéphrétique, nous trouvons le surmenage, la constipation et la pullulation du coli-bacille dans l'intestin.

M. LEJARS (2) a observé un cas d'abcès périnéphrétique dans lequel l'examen bactériologique du pus révéla le coli-bacille.

Une première malade de M. LEJARS présentait dans la région rénale gauche une masse volumineuse. Les débuts de l'affection avaient été lents; l'ouverture de cet abcès périnéphrétique par l'incision classique postérieure démontrait que la collection siégeait au devant du rein.

M. LEJARS croit que cette infection n'était autre que le résultat d'une coli-bacillose localisée à l'enveloppe périrénale.

Dans une autre observation, le malade se présenta avec des accidents qui s'étaient développés si brusquement que l'on avait plutôt songé à une appendicite. L'ouver-

(1) CHAUFFARD, Thèse de CHAUVENET.

(2) LEJARS, Congrès de chirurgie, 1899.

ture latéro-abdominale faite montra que la fosse iliaque était indemne et que l'abcès se trouvait placé au devant du rein et immédiatement sous le foie. La cause en était probablement aussi intestinale. La guérison définitive se fit attendre très longtemps.

M. LEJARS cite aussi le cas d'un malade opéré dans son service et présentant les phénomènes d'une pseudo-occlusion intestinale. Par une incision abdominale médiane, il pénétra dans une vaste cavité irrégulière qui occupait la face antérieure du rein. M. LEJARS attribue encore ce cas à la même cause.

Dans une autre observation, M. LEJARS raconte qu'une femme vint dans son service avec tous les symptômes d'un phlegmon périnéphrétique. Par une incision verticale et latéro-abdominale, il donna issue à du pus d'une fétidité intestinale extrême. Dans ce cas encore M. LEJARS ne doute pas que la malade était atteinte de phlegmon périnéphrétique d'origine intestinale.

Le cas suivant, dû encore à l'obligeance de M. LEJARS, est celui d'une malade que l'on croyait atteinte d'un sarcome du rein ou du côlon. L'évolution clinique de l'infection avait été cette fois-ci beaucoup plus lente. La tumeur devenant franchement fluctuante, une incision pratiquée sur la voussure antérieure de la tumeur donna issue à du pus fétide. La poche se prolongeait très loin en arrière devant le rein. C'est encore un abcès antérénal que l'on peut attribuer à la même cause.

L'appendicite, à laquelle certains auteurs donnent souvent pour cause l'arthritisme dans ses manifestations intestinales, ou la colite muco-membraneuse, est encore une de ces infections provoquant souvent les suppurations

périnéphrétiques. Étant donnés les rapports du côlon et du cœcum avec le rein, étant données surtout les communications vasculaires et lymphatiques qui relient ces deux organes, on s'explique facilement aujourd'hui que l'infection appendiculaire puisse retentir sur la couche graisseuse du rein. Nous avons déjà parlé de l'observation de MAYET, rapportée dans le Bulletin de la Société anatomique, février 1895.

M. JALAGUIER (1) cite le cas d'un enfant opéré pour un phlegmon périnéphrétique résultant de la situation anormale du cœcum placé devant le rein. Le foyer renfermait un verre de pus et un coprolithe de la grosseur d'un noyau d'olive et était situé entre le rein d'une part et la face postérieure du cœcum de l'autre. L'appendice était perforé à son extrémité.

M. GÉRARD-MARCHANT, dans la discussion qui eut lieu à la Société de Chirurgie, le 24 juillet 1895, au sujet des abcès péri-appendiculaires extra-péritonéaux, cita les deux cas suivants :

En 1887, un malade pour lequel il fut appelé en consultation en province fut opéré d'un abcès périnéphrétique droit. En 1891, ce malade eut une rechute et un médecin de Berck constatait un abcès dans la région rénale et rien dans la fosse-iliaque.

En 1892, nouvelle rechute, semblable aux précédentes.

En octobre 1893, ce même malade était repris des mêmes douleurs, mais l'examen ayant été fait pendant la période où il n'avait pas de fièvre, on crut à une lésion de la colonne vertébrale, mais on ne trouva pas d'abcès.

Huit jours après, M. GÉRARD-MARCHANT, appelé auprès

(1) JALAGUIER, in *Traité de Chirurgie*, DUPLAY et RECLUS, tome VI.

de ce malade, sembla sentir de l'empâtement dans la fosse iliaque, de la douleur se manifestait autour du cœcum, et il constata que la température s'élevait le soir à 38°4.

Le jour suivant, le tableau clinique se modifiait considérablement. L'empâtement cœcal disparaissait et l'on constatait de la douleur lombaire et de la tuméfaction dans la région rénale.

Au lieu de faire une incision dans la région lombaire, M. GÉRARD-MARCHANT la fit dans la fosse iliaque et trouva l'appendice appendu au plafond de l'abcès situé dans la fosse inguinale. Mais au-dessus de la crête iliaque, dans la partie postérieure, l'aponévrose était perforée et laissait pénétrer le doigt dans une autre poche dans laquelle nageait le rein. On put pratiquer un double drainage et la guérison se fit en quelques jours.

Le même cas se présenta chez une malade de Tenon, et donna lieu aux mêmes phénomènes.

M. le Dr MOURRUAR, de Preuilly, a eu l'occasion d'observer un abcès périnéphrétique consécutif à une perforation de l'appendice. Une jeune fille de 19 ans est prise de douleur violente dans la région de la fosse iliaque droite (1). En raison de la localisation cœcale de la douleur, on soupçonna une appendicite aiguë. Le lendemain, la douleur s'étant amendée dans la fosse iliaque se fit sentir avec une grande intensité dans la fosse lombaire. Enfin, dans les derniers jours de septembre, la douleur était devenue excessive et s'accompagnait d'un empâtement et d'un œdème étendus à toute la région lombaire droite.

Une incision de sept à huit centimètres donna issue à

(1) BROCA, *Bulletin médical*, janvier 1895.

un demi-verre de pus très fétide. En plongeant le doigt dans la poche de l'abcès, le Dr MOURRUAR put contourner l'extrémité inférieure du rein et ramena un coprolithe de la grosseur d'un petit haricot provenant évidemment de l'appendice perforé. Il est probable que chez cette malade l'appendice en situation anormale et recourbé en arrière le long du cœcum a fait que l'inflammation rétrocœcale a gagné l'atmosphère cellulaire du rein.

VAUGY (1) rapporte le cas suivant : Un soldat du 65^e de ligne entre dans le service de M. LAVERAN, au Val-de-Grâce, le 4 mars.

A la suite d'un repas copieux, de nombreuses libations alcooliques, il a éprouvé des nausées, des vomissements et des coliques extrêmement violentes. Les douleurs persistent le lendemain et les jours suivants avec une constipation opiniâtre et la douleur se localise surtout dans la fosse iliaque droite. Le ballonnement et le tympanisme de l'abdomen rendent la pression très douloureuse le 6, et le malade se plaint d'élançements douloureux dans la région lombaire. Le 7, apparition d'un violent point de côté et le malade meurt dans l'après-midi du 9. A l'autopsie, on trouve le cœcum et le côlon ascendant adhérents fortement à la fosse iliaque et au-dessus d'eux un vaste foyer purulent s'étendant depuis la partie inférieure du cœcum jusqu'au diaphragme et dans lequel baigne le rein droit. Le pus est brunâtre et d'odeur stercorale. L'appendice et le cœcum sont tuméfiés.

AUDOUARD (2) rapporte l'observation suivante :

Un homme de 27 ans entre dans le service de M. LÉ-

(1) Thèse de Paris, 1876.

(2) AUDOUARD, *Progrès médical*, 27 mai 1876.

CORCHÉ, à Beaujon, et raconte que le 22 janvier il a été pris de frissons très violents et de fortes coliques. A son entrée à l'hôpital, le 24 janvier suivant, le malade éprouve toujours des frissons, mais plus de coliques et en revanche de vives douleurs dans la fosse iliaque droite et que la plus légère pression suffit à exaspérer. Le 25, on perçoit un empatement profond dans la région iléo-cœcale. Le 27 la douleur se déplace et se fait sentir dans la fosse lombaire ; le foie est douloureux à la pression. Le 28, le malade accuse un point de côté et on trouve une pleurésie droite avec épanchement dans le tiers inférieur de la plèvre. Le 31 l'état du malade s'est fort aggravé ; il meurt le 1^{er} février dans l'après-midi.

A l'autopsie, on trouve l'appendice portant à son extrémité libre une ulcération gangréneuse et auprès de laquelle on trouve une concrétion arrondie, grisâtre, peu résistante et du volume d'un noyau de cerise.

Si l'on suit le trajet fistuleux qui part de l'appendice, on aboutit à une vaste loge purulente qui occupe toute la région lombaire droite. Le tissu périrénal est complètement détruit et le rein baigne dans le pus. Dans cette poche purulente, on trouve une concrétion analogue à la première et de la grosseur d'un noyau d'olive. Elle a dû tomber dans cette cavité après la perforation de l'appendice.

Nous pouvons citer aussi les observations suivantes dues à M. THACHER (1), de New-York.

Un malade de 60 ans meurt à l'hôpital à la suite d'une affection prise pour un pneumo-hydro-thorax. L'autopsie montre une appendicite suppurée avec un calcul stercoral à côté de l'appendice, dans la fosse iliaque, et une inflam-

(1) THACHER, *Méd. Rec.*, N.-Y., 23 avril 1892.

mation gangréneuse noire, sentant mauvais, s'élevant le long de la colonne vertébrale jusque dans la poitrine. La cavité pleurale droite contenait une grande quantité de pus épais et sentant mauvais.

Un autre malade mourut en arrivant à l'hôpital. Tout ce que l'on savait de son histoire, c'est que trois semaines auparavant il avait éprouvé de la douleur dans le flanc iliaque droit et avait eu des vomissements. A l'autopsie, on trouva l'appendice vermiforme qui passait le long du côlon ascendant et arrivait dans la région rénale et là il s'ouvrait dans un abcès de l'atmosphère celluleuse du rein.

Si l'on admet, avec M. TUFFIER, que lorsque le foyer descend dans la fosse iliaque, il faut penser à une appendicite ainsi que dans le cas où le pus contient un calcul stercoral, les observations suivantes, que je dois à son obligeance, sont une nouvelle preuve de l'infection de la capsule graisseuse du rein à la suite de l'inflammation de l'appendice vermiforme.

Dans le *Traité de Chirurgie*, tome VII, à la page 265, M. TUFFIER nous raconte qu'il ouvrit une tumeur franchement lombaire et que, ce qu'il croyait, avec M. le professeur PEUGNIEZ, d'Amiens, un phlegmon périnéphrétique d'origine rénale à cause des antécédents du malade était dû à une appendicite suppurée, comme le démontra le calcul stercoral trouvé dans la collection purulente.

Un autre malade fut pris, il y a sept ans, d'une crise douloureuse localisée à l'hypocondre gauche. Les douleurs cessèrent spontanément au bout de quelques jours. Deux ou trois mois après, ces douleurs survinrent au même endroit et se localisèrent au même point. Enfin il y a un

mois le malade fut pris d'accès de fièvre qui se renouvelèrent depuis le 7 mai jusqu'au 10 juin. Ces accès se manifestaient par des frissons, des claquements de dents non suivis de chaleur et de sueurs.

En palpant la région rénale gauche très douloureuse, on trouve un point très sensible au niveau de la rate sous la 12^e côte et dans la masse sacro-lombaire ; on constate en même temps de la tuméfaction et de l'œdème à ce niveau.

Le 11 juin, on fait une incision qui donne issue à un flot de pus de couleur brune et d'odeur infecte. Ce pus a été reconnu aseptique. La cavité descend jusqu'à la fosse iliaque, s'avance dans l'abdomen et remonte jusqu'au diaphragme.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un malade qui, à la fin de février, ressentit des douleurs dans la fosse iliaque gauche. Au toucher on perçoit une masse très dure, un large gâteau qui a envahi toute la fosse iliaque et a gagné la région du rein.

Le 12 juin on fait la laparotomie, on tombe sur une poche d'où s'échappe un flot de pus qui avait envahi la région périnéphrétique, la fosse iliaque et la région inguinale.

Dans ce cas encore l'infection à la suite d'appendicite ne fait pas de doute. Voici la troisième observation :

Un malade est entré à l'hôpital le 1^{er} août 1893, après avoir eu de la fièvre, de la courbature générale, des étourdissements et avoir éprouvé des douleurs dans la région lombaire droite. Ces douleurs sont continues et exaspérées par la pression.

Le 9 août, il passe en chirurgie. Les douleurs sont de plus en plus violentes et exaspérées par la plus légère pression. A l'examen on constate que la région lombaire droite est plus bombée que celle du côté opposé, et l'on

perçoit une tumeur dure, mais non fluctuante. La pression exercée dans la région cœcale provoque une douleur violente. On incise au lieu d'élection dans la région rénale, on tombe sur le rein qui est entouré de pus. Étant donnée la douleur ressentie à la pression faite dans la région cœcale, on eût retrouvé certainement une lésion de l'appendice si une exploration plus approfondie de la cavité de l'abcès eût été permise par l'état du malade.

M. le Dr Pierre DELBET, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, a bien voulu me confier l'observation suivante, qui est des plus intéressantes. Un malade est admis à la salle Saint-Landry le 2 août 1897. Il passe d'urgence d'un service de médecine dans le service de chirurgie avec le diagnostic de tumeur de la région lombaire. La palpation profonde révèle une tumeur dure qui va de l'extrémité inférieure du rein, à laquelle elle adhère, jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque. Le malade ressent peu de douleur, n'a pas de vomissements ni de troubles digestifs et la température ne dépasse pas 38°.

En mai dernier le malade ressentit tout à coup une douleur très vive dans la moitié droite de l'abdomen. Elle s'atténua au bout de quelques heures et disparut.

Dans le courant du mois suivant, le même point douloureux reparut brusquement, le malade dut quitter son travail et rentrer chez lui, courbé par une douleur atroce. La douleur mit cette fois quatre ou cinq jours à disparaître. Le 30 juillet, la même douleur reparut, le malade se décida alors à rentrer à l'Hôtel-Dieu.

L'opération a lieu le 3 août. M. le Dr DELBET pratique une incision oblique commençant dans l'angle costo-vertébral et se dirigeant vers l'épine iliaque antéro-supé-

rieure ; après avoir récliné le carré lombaire, on découvre en haut l'extrémité inférieure du rein. Celle-ci est absolument indemne, mais elle adhère à la tumeur, qui est très dure. Pour se rendre compte de sa nature, M. le Dr DELBET l'incise et après avoir franchi une coque fibreuse très épaisse, il arrive dans une cavité qui contenait du pus brunâtre. Le pus évacué, l'examen de la cavité fit découvrir à sa partie inférieure un diverticule qui conduisait sur le cœcum. Les suites opératoires furent bonnes malgré l'écoulement fécaloïde qui se fit par l'ouverture de l'abcès du 9 août jusqu'au 22.

Nous voyons par toutes ces observations que l'appendicite peut être une cause fréquente de périnéphrite suppurée. D'après MM. ACHARD et BROCA c'est au streptocoque et au colibacille que serait due en général la lésion intestinale, ce sont alors les mêmes micro-organismes qui produiraient l'infection périrénale. M. GUINARD a pu constater plusieurs fois, par le séro-diagnostic, que la cause de l'appendicite était due à un *typhus lævissimus*. Le bacille d'Eberth pourrait par conséquent produire consécutivement l'infection périnéphrétique. Mais le micro-organisme prépondérant dans les deux infections est certainement le colibacille.

M. GUINARD est, à l'encontre de M. le professeur DIEULAFOY, persuadé que l'entéro-colite muco-membraneuse est une cause fréquente de l'appendicite. Puisque le rôle principal est dévolu au colibacille, nous croyons aussi que l'entéro-colite peut, grâce à la pullulation du colibacille dans l'intestin, provoquer une appendicite ou une périnéphrite suppurée ou même les deux à la fois.

M. TUFFIER, dans le Traité de Chirurgie, en parlant de

phlegmon périnéphrétique dont la cause unique semble souvent difficile à déterminer déclare se rallier volontiers à une pancréatite méconnue. Or, lorsqu'il existe une pancréatite suppurée, la propagation du pus se fait souvent en arrière dans le tissu rétropéritonéal. Comme la suppuration ne trouve alors plus de barrière elle se dirige fréquemment vers le rein et passe au-devant de lui, en envahissant son atmosphère adipeuse. Il est plus rare que la suppuration marche vers le côté droit. Il peut en être ainsi cependant dans les cas où le point de départ se trouve dans la tête du pancréas. La suppuration se propage alors vers le rein droit et vers le cœcum. L'origine pancréatique ne semble pas douteuse dans les observations suivantes dues à KOERTE et citées dans la thèse de PAGE.

Ce dernier trouva dans son premier cas une tumeur épigastrique s'étendant dans la région lombaire. A l'autopsie il découvrit un vaste abcès entre l'estomac, la rate, le diaphragme et le rein. Le tissu périrénal était infiltré de liquide jaunâtre. Il ne restait du pancréas que la tête et une petite portion de la queue.

Dans la seconde observation, la malade présenta tous les symptômes d'une pancréatite suppurée avec une tumeur dans la région lombaire gauche. Par une incision oblique, partant de la crête iliaque, on tomba dans une large cavité rétro-péritonéale qui descendait jusqu'au bassin et remontait jusqu'à l'extrémité inférieure du rein. Au niveau de la colonne vertébrale, existait un trajet fistuleux remontant vers le haut dans lequel une sonde introduite pénétrait de 13 centimètres. Le pus contenait de nombreuses parcelles jaune citron de nature grasseuse et des granules jaunes plus denses. L'examen microscopique des dé-

bris nécrosés montra des acini de la glande pancréatique.

Dans la troisième observation de KÆRTE, la malade présenta encore tous les symptômes d'une pancréatite suppurée et une tumeur s'étendant de l'appendicexyphoïde à l'ombilic. Une incision à gauche de l'ombilic donna issue à du pus abondant, fétide, mélangé de tissu gangrené, renfermant du coli-bacille et des staphylocoques. L'examen microscopique des débris nécrosés fit reconnaître des débris de pancréas. A l'autopsie, en soulevant l'estomac, on trouva une large cavité limitée par cet organe en haut, à droite par le foie et à gauche par la rate et le rein. Au fond on apercevait à droite la tête du pancréas. Le canal pancréatique s'ouvrait dans le foyer.

Dans la dernière observation de KÆRTE, il s'agissait d'un homme présentant aussi la plupart des symptômes d'une infection pancréatique. Dans la région lombaire gauche, la paroi était œdématiée. Une incision lombaire faite de la crête iliaque à la 12^e côte donna issue à du liquide rouge foncé granuleux et à des débris sphacelés. Le 5 novembre suivant, on découvrit une tuméfaction vaguement fluctuante à l'épigastre. L'état général devenant plus mauvais, on pratiqua une incision médiane. La tumeur étant recouverte par l'épiploon, on le perfora ; on sutura les bords de la cavité aux lèvres de l'incision ; on réussit à droite, mais à gauche la suture lâcha et il s'écoula du pus épais, mélangé de débris de tissus et de gouttelettes de graisse. A l'autopsie, on constata que la cavité antérieure était située entre l'estomac, le côlon et la colonne vertébrale ; un trajet conduisait à gauche jusqu'à l'incision lombaire. La cavité supérieure contenait le pancréas, réduit de moitié.

CHAPITRE V

Symptômes

Le premier symptôme éprouvé par un malade atteint de phlegmon périnéphrétique est une douleur souvent très vive, parfois sourde, localisée à la région lombaire. Pendant huit à quinze jours environ, le malade n'offre comme symptômes que cette douleur locale, de la faiblesse générale, et de la fièvre avec paroxysme quotidien le soir. En général, le frisson est suivi de chaleur et de sueur, mais nous avons vu un cas cependant où ces deux derniers phénomènes ne se produisaient pas. La fièvre, du moins au début, est généralement vive ; la courbe thermique a de grandes oscillations comme dans toutes les grandes suppurations ; le pouls est accéléré ; le malade est abattu et apathique, comme dans les grandes pyrexies.

Ces symptômes généraux sont quelquefois à peine accusés et peuvent être suivis de rémission de longue durée.

Lorsque la fièvre cède ainsi pendant quelques jours pour revenir ensuite plus intense, cette rechute est alors l'indice d'une suppuration collectée. Le plus souvent, cette période fébrile est marquée par une langue sèche et saburrale, par une soif vive, par de l'anorexie et par les phénomènes dus à la compression des organes voisins ;

la constipation opiniâtre, les vomissements et le météorisme abdominal sont dus à la compression du cœcum. Le malade s'affaiblit de plus en plus et l'amaigrissement survient.

Tant que la douleur et la fièvre constituent les seuls symptômes, et cela peut durer douze jours environ dans les périnéphrites aiguës, l'on peut croire à une infection générale comme la fièvre typhoïde, et le diagnostic peut être hésitant. Mais, au bout de ce temps, d'autres signes locaux de la phlegmasie profonde ne tardent pas à se manifester. La région est de plus en plus douloureuse à la pression et devient le siège d'un empâtement plus ou moins diffus, en même temps l'échancrure costo-iliaque disparaît. Si le médecin plonge la main sous la région lombaire, le malade étant dans le décubitus dorsal, il perçoit par le toucher, comme bientôt par la vue, une saillie plus ou moins marquée ; si en même temps il place l'autre main sur la région antérieure correspondante, il constate entre ses deux mains une tumeur profonde se continuant avec le tissu cellulaire sous-cutané. Cette tumeur est immobile lorsqu'on commande au malade de grands mouvements de respiration et l'on acquiert bien la certitude qu'elle est indépendante du foie, qui s'abaisse et s'élève à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration. Souvent, avant toute palpation, on constate de l'asymétrie entre les deux régions lombaires. On peut aussi chercher cette tuméfaction, en faisant coucher le malade sur le côté sain, comme le conseille M. le professeur Le DENTU, en palpant la région lombaire surtout au niveau du triangle de J.-L. PETIT. Cette palpation, même faite avec une grande douceur, peut provoquer une exaspération de

la douleur et rendre tout examen impossible. On la fait alors en mettant le malade sous le chloroforme.

La percussion peut être utile dans cet examen de la région malade en indiquant les zones de matité, mais ses renseignements n'auront qu'une importance relative, car dans la région lombaire gauche, la matité de la tumeur peut être confondue avec celle de la rate qui est le plus souvent augmentée en cas de fièvre typhoïde, qui reste normale en cas de dispancréatite, mais qui, lorsqu'elle n'est pas atteinte par l'infection, est plus circonscrite, plus arrondie et moins diffuse que dans l'abcès périnéphrétique. Il faut tenir compte aussi de la position du côlon qui masque le tiers inférieur du rein d'un côté, et de l'autre sa moitié, et qui donne un son tympanique.

Quand il s'agit de la région lombaire droite, nous avons vu que le cœcum et l'appendice pouvaient occuper une situation tout à fait anormale et remonter bien haut au-devant du rein.

L'empâtement de la région lombaire est accompagné souvent d'œdème qui peut s'étendre à la région dorsale, à la région fessière et se porter même en avant. En même temps, il y a quelquefois de la rougeur du tégument ; cette rougeur prend une teinte vineuse et devient érysipélateuse lorsque la phlegmasie s'étend au tissu cellulaire sous-cutané.

A partir du moment où ces signes locaux existent, on peut chercher la fluctuation qui ne sera pas toujours facile à déceler, car l'abcès est en général profond ; on pourra employer la palpation bimanuelle ; on cherchera aussi le signe du ballottement du Professeur GUYON, en plaçant les deux mains dans la position de la palpation

bimanuelle et en imprimant à l'une d'elles un mouvement brusque de manière à percevoir, par l'autre, la sensation de flot.

L'abcès peut être en bouton de chemise, et il se peut que l'on ne perçoive que la fluctuation franche de l'abcès superficiel ; mais alors une pression à son niveau peut réduire considérablement cette tumeur par ampliation de la poche profonde avec laquelle il communique. Ce qui caractérise en somme cette tuméfaction, c'est son siège lombaire et sa tendance à progresser en arrière du côté de la paroi, sauf cependant pour les abcès antérieurs. Quelquefois la fluctuation ne peut être soupçonnée qu'à cause de la recrudescence de la fièvre et de l'exagération des symptômes généraux qui se produisent lorsque le pus se forme ; le pouls prend alors une certaine ampleur et devient plus dur, plus résistant, et le malade accuse des frissons multiples.

L'ensemble des accidents peut affecter deux formes cliniques : la forme aiguë et la forme chronique. La première est caractérisée par des symptômes généraux très marqués, par une violente douleur lombaire et la tuméfaction fluctuante peut survenir dès le douzième jour. Dans la forme septique, les phénomènes sont suraigus ; l'état général est grave, la langue sèche et il y a des frissons répétés, du subdélirium, de la diarrhée fétide, une transpiration abondante et une tuméfaction peu marquée. La terminaison est presque fatale dans ce cas. Dans la forme chronique, l'affection se manifeste par un simple endolorissement lombaire qui peut subsister pendant une ou deux semaines, puis disparaître et revenir ensuite avec une nouvelle intensité. La tuméfaction est lente à

se former, elle peut mettre de vingt-cinq jours à deux mois pour se constituer. Dans ce cas, les symptômes généraux sont peu marqués.

Le phlegmon périnéphrétique se termine ordinairement par suppuration.

Ce n'est que dans quelques cas chroniques qu'il peut se terminer par résolution.

Lorsque l'intervention chirurgicale n'est pas précoce, le pus peut fuser dans diverses régions. Il peut d'abord s'ouvrir spontanément une issue à travers la région lombaire par le triangle de J.-L. PETIT et c'est le cas le plus favorable. Il peut aussi traverser l'hiatus costo-vertébral et se faire jour à travers les bronches, après avoir fait éruption dans la plèvre et le poumon et donner lieu à des vomiques qui améliorent le pronostic. Dans 6 pour 100 des cas, le pus a envahi le péricarde.

Il peut aussi se diriger vers l'ombilic en provoquant de vastes abcès et de grands décollements. Enfin il peut se glisser le long de la gaine du psoas, arriver jusqu'au pli de l'aîne et quelquefois, après avoir traversé l'aponévrose iliaque, passer au-dessous de l'arcade crurale et faire croire à une hernie crurale.

Lorsque la collection se porte en bas, on peut trouver une contraction du psoas avec flexion de la cuisse, des douleurs névralgiques dans le membre inférieur et les organes génitaux par irritation du plexus lombaire.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Au début, lorsque tous les symptômes se bornent à la douleur et à la fièvre, le diagnostic peut être hésitant et il est permis de confondre le phlegmon périnéphrétique avec diverses affections :

1° Avec la lumbago ; mais dans ce cas la douleur est superficielle, ordinairement bilatérale, et il n'y a pas de fièvre;

2° Avec la névralgie iléo-lombaire; mais celle-ci présente des points douloureux particuliers, bien déterminés, et pas de fièvre;

3° Avec la coxalgie ; il faudra alors examiner l'articulation coxo-fémorale;

4° Dans les cas de fièvres éruptives, et surtout la variole, il faudra rechercher les signes particuliers à ces affections, et en particulier l'éruption. Le diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde se fera par la marche de la température, la douleur dans la fosse iliaque et la diarrhée; avec la fièvre intermittente par la fièvre, qui est à paroxysme matutinal, et par les antécédents.

Lorsque la tumeur existe, l'absence d'infiltration profonde de la paroi la fera distinguer de l'abcès superficiel. Dans l'abcès froid, ce sont les phénomènes généraux qui

manquent; son évolution se fait plus lentement et sans réaction; la fluctuation est aussi plus franche et sans empatement.

Ce qui distinguera l'abcès péri-rénal d'une tumeur maligne du rein ou d'une pyonéphrose, c'est d'abord que la première est plutôt une tumeur diffuse de la paroi tandis que les autres sont franchement abdominales, plus arrondies et bien limitées.

Lorsque la tumeur proémine vers le thorax, elle donne souvent lieu à de grandes difficultés de diagnostic, chez l'enfant surtout. Il est alors facile de la confondre avec une pleurésie purulente. Quant à la déviation du cœur, que l'on trouve dans la pleurésie et que l'on ne rencontre pas dans la périnéphrite, elle ne paraît pas avoir un grand poids pour le diagnostic.

Il en est de même de la percussion positive de l'abcès. La pleurésie et l'abcès hépatique chez l'adulte abaissent le foie, et c'est un signe qui peut aider à les distinguer de la périnéphrite.

Il nous reste maintenant à faire le diagnostic de la variété. Dans le cas où l'abcès se forme au-dessus du rein et que la collection tend à se diriger vers la cage thoracique, la douleur est alors localisée à cette région; on trouve aussi des frottements pleuraux, de la dyspnée, de l'œdème des membres inférieurs, de l'ictère et des vomissements persistants. Si le phlegmon est sous-rénal, on trouve des douleurs dans le sacrum, dans l'articulation de la hanche, dans la région iléo-cœcale, dans la partie interne du membre inférieur, dans le scrotum, dans la vulve, avec anesthésie de ces trois organes, et enfin de la rétraction du testicule.

Lorsque le phlegmon est rétro-rénal, la saillie se fait franchement en arrière et l'on observe encore de la douleur et de l'anesthésie de la région pubio-scrotale et vulvaire. Ce phlegmon semble aussi plus fréquent à cause de l'épaisseur de la couche graisseuse derrière le rein.

Le diagnostic de l'abcès anté-rénal ne diffère guère de celui des autres abcès, comme cela résulte des observations de M. LEJARS. Mais lorsque l'origine de l'abcès périnéphrétique est une pancréatite suppurée, l'évolution clinique n'est plus tout à fait la même. Les trois symptômes cardinaux sont alors : la douleur, les vomissements, la constipation.

Ces symptômes sont surtout ceux de la pancréatite suppurée.

La fièvre atteint rarement 40°; d'habitude elle est légère, elle apparaît souvent vers le troisième jour. On observe quelquefois des frissons. Il y a aussi parfois un hoquet très tenace. Le ventre du côté de l'épigastre est ballonné, tympanique et sensible à la pression.

La douleur, qui est souvent paroxystique, se localise parfois en un point situé sur la ligne médiane à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic, ou elle se généralise à tout l'abdomen.

Les vomissements, tantôt bilieux, tantôt verts, sont incoercibles et surviennent après les crises douloureuses.

La constipation est tellement absolue et opiniâtre que l'on songe presque fatalement à une obstruction intestinale.

L'aspect du malade est celui d'une personne atteinte de péritonite. Dans la plupart des cas, la prostration est extrême et le collapsus très marqué.

Si l'abcès péri-rénal a pour cause une pancréatite subaiguë ou chronique, il est caractérisé par un amaigrissement et une asthénie dont on ne découvre pas l'origine. On trouve quelquefois de l'ictère, de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs, fréquemment de la diarrhée, mais le diabète est rare.

Dans les cas d'abcès périnéphrétique d'origine pancréatique, la tuméfaction n'est pas toujours facile à explorer. Elle est plutôt épigastrique que lombaire ; elle se trouve marquée souvent par l'estomac et le côlon. La pratique conseillée par les chirurgiens allemands d'insuffler de l'air dans l'estomac et dans le côlon ne nous semble pas donner de résultats et nous ne croyons pas qu'elle permette de limiter la tumeur d'une manière bien précise. Quant à la palpation, elle est presque toujours impossible à cause de la douleur provoquée par la défense de la paroi musculaire. Ce n'est que si la tuméfaction gagne la fosse lombaire que l'on songe à un abcès périnéphrétique quid'ordinaire bombe plus nettement du côté de la paroi lombaire lorsqu'il appartient aux trois premières variétés. Lorsque l'abcès est anténéphrétique la tuméfaction se contourne au devant du rein et s'étend derrière le côlon ; elle est autant épigastrique que lombaire.

Si on se trouve en présence d'une fistule de la région lombaire il faudra voir si elle n'est pas due à une appendicite ou plus fréquemment à une tuberculose osseuse. On examinera aussi les antécédents du malade et l'on pourra de la sorte voir si l'on a eu affaire à un phlegmon périrénal. Les fistules deviennent d'ailleurs de plus en plus rares depuis que l'on n'attend plus l'ouverture spontanée des abcès.

CHAPITRE VII

Pronostic

Le pronostic du phlegmon périnéphrétique est subordonné à la marche du pus et à l'état général du malade. Il est favorable lorsque l'abcès s'ouvre au dehors ; il l'est moins si le pus s'ouvre par effraction une voie par l'intestin ou les voies urinaires. L'élimination du pus par les bronches n'est pas très grave. Lorsque le pus envahit la cavité péritonéale, la mort est la terminaison fatale. L'ouverture de l'abcès laisse quelquefois après elle une fistule soit pariétale, soit viscérale ; c'est certainement une complication fâcheuse, mais qui guérit le plus souvent. L'état général du malade a une grave influence sur le résultat final. A la suite d'une maladie infectieuse générale comme la fièvre typhoïde ou d'une infection locale comme l'appendicite, il peut se produire une périnéphrite à forme gangréneuse avec adynamie rapide ; le pronostic est alors fatal. Si l'intervention opératoire se produit trop tardivement, le pronostic se trouve assombri.

CHAPITRE VIII

Traitement

Tant que le diagnostic d'abcès périnéphrétique n'est pas complètement établi, c'est-à-dire pendant tout le temps que la douleur et la fièvre sont seules à se produire, sans empâtement, ni tuméfaction de la région, le traitement médical peut être essayé. Le repos, une révulsion active, des liniments calmants, l'antipyrine et même des injections de morphine pourront faire disparaître la douleur. Mais on s'exposerait à de cruels mécomptes si l'on en attendait la disparition du mal. Que des cas de résolution aient été constatés, la chose semble possible, mais ils n'ont dû se produire qu'à la suite d'une phagocytose très active et dans un organisme en bon état de défense et nullement affaibli. Ce n'est certainement pas le traitement médical qui pourrait amener un pareil résultat et lorsque le malade se trouve affaibli par une fièvre typhoïde ou par une entéro-colite, il serait dangereux de se tenir dans l'expectative. Lorsque, en dehors des symptômes généraux, on constate encore de l'empâtement, une tuméfaction diffuse ou non, et surtout de la fluctuation, on devra ouvrir l'abcès et ne plus attendre pour donner au pus une large issue. La ponction avec un trocart ne serait qu'une intervention opératoire insuffisante.

Le malade sera placé dans le décubitus latéral avec un

coussin iléo-costal du côté sain. L'incision sera faite au bistouri.

M. le D^r TUFFIER est d'avis de pratiquer, sur le point fluctuant, au sommet de la voussure, là où la collection est plus facile à percevoir, une incision oblique en bas et en dehors. Cette première incision faite, il faudra explorer la poche purulente et voir si elle n'est pas en communication avec une poche plus profonde. Le trajet intermédiaire sera alors largement débridé et le foyer profond amplement ouvert, de manière à éviter dans la suite un trajet fistuleux. Si l'abcès est profond, on incisera sur le bord externe et en dehors de la masse du carré lombaire, à quatre travers de doigts des apophyses épineuses. On arrivera ainsi très rapidement sur la capsule graisseuse du rein. Cette incision profonde devra se faire couche par couche avec le bistouri et dès qu'on sera arrivé sur le plan aponévrotique, il faudra l'effondrer à l'aide d'une sonde cannelée, de manière à permettre l'évacuation complète du pus. C'est de la sorte qu'il faudra procéder à l'intervention opératoire quand il s'agit d'abcès sus-rénaux. C'est par la voie rétro-péritonéale qu'on atteindra ces abcès. Comment faudra-t-il procéder si l'on se trouve en présence d'un abcès antérénal? C'est encore cette dernière voie que M. LEJARS conseille, quoi que, dans un cas, il se soit trouvé dans la nécessité, après avoir fait une incision lombaire, de fermer rapidement la plaie pour pratiquer ensuite une incision verticale, latéro-abdominale. M. DUPLAY et M. KÆRTE recommandent aussi ce procédé d'ouverture de l'abcès qui permet d'atteindre facilement les collections rétro-péritonéales.

Après l'évacuation du pus, il faudra laver la poche avec de l'eau bouillie, puis drainer largement avec de gros tubes de caoutchouc rouge. M. GÉRARD-MARCHANT, dans le cas d'abcès périnéphrétique cité plus haut, fit son incision dans la fosse iliaque au lieu d'élection et trouva une poche purulente dans laquelle nageait l'appendice, haut placé, et perforé. Il découvrit ensuite, au-dessus de la première, une seconde poche en communication avec la précédente et dans le pus de laquelle nageait le rein. Nous ferons remarquer que dans cette observation, rapportée par le Dr GRÉARD-MARCHANT, on se trouvait en présence d'appendicites à répétitions produisant secondairement des abcès périnéphrétiques. Les phénomènes appendiculaires se produisaient régulièrement avant ceux qui prouvaient que l'on se trouvait en présence d'une périnéphrite et nous concevons facilement que l'infection ait été traitée plutôt comme une appendicite que comme un abcès sous-rénal. Dans le cas de M. le Dr DELBET, l'abcès périnéphrétique, d'origine manifestement appendiculaire, a été traité par une incision lombaire et la guérison a été cependant obtenue comme dans le cas rapporté par le Dr GÉRARD-MARCHANT. Ce qui semble indispensable, c'est que l'ouverture de l'abcès soit précocce, suffisamment large et profonde, de manière à obtenir l'évacuation du pus.

Si, au cours d'un abcès périnéphrétique, l'évacuation du pus se faisait par vomique, dans les selles ou par les voies urinaires, l'expectation ne serait pas pour cela indiquée. Quoique de nombreux cas de guérison aient été constatés il serait cependant préférable de donner une large issue au pus par l'incision préconisée précédemment.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Suppurations dans la fièvre typhoïde.

MICHON. — Thèse de Lyon 1890.

Cette observation est due à M. HAUSHALTER, *Revue Médicale de l'Est*, 1886, page 567.

A la suite d'une fièvre typhoïde bénigne, une malade est prise, après quelques jours de convalescence, d'une fièvre intense, à exacerbation vespérale et d'une douleur vive irradiée de la région lombaire gauche vers l'aîne correspondante.

« Ces symptômes persistent sans aucune complication pendant un mois environ, et c'est alors que l'apparition à la région lombaire d'une tuméfaction progressive, accompagnée bientôt de fluctuation profonde, révèle l'existence d'une collection purulente considérable à ce niveau.

« Une ponction à l'aide d'un trocart n'ayant pu suffire à vider l'abcès, celui-ci fut incisé largement quelques jours après et donna issue à une grande quantité de pus. Les suites furent des plus simples, malgré l'existence d'une pyélite de voisinage, révélée par la présence de pus dans les urines. Il n'y avait pas de communication entre les abcès et le bassin et le foyer purulent; car, à la suite d'une injection colorée par la fuchsine, poussée par l'un des drains, on constata que les urines n'étaient nullement colorées.

« La malade guérit rapidement et sortit trois mois après le début du phlegmon.

« Or, quelques jours avant son entrée, la malade avait reçu un coup violent dans la région lombaire.

« Cette contusion, dit HAUSHALTER, a pu agir en créant un *locum minoris resistentie*, qui, à la faveur de l'infection typhoïde, est devenu un foyer de suppuration. »

OBSERVATION II. — Fièvre typhoïde d'intensité moyenne ; abcès périnéphrétique survenu pendant la convalescence.

(BERNHEIM et SIMON. *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1886.)

M^r P..., âgée de 34 ans, se présente le 3 février 1885 à la consultation de l'hôpital et est admise le même jour dans les salles. Depuis une quinzaine de jours elle aurait perdu l'appétit, elle continue cependant à travailler jusqu'au 29 janvier, où elle fut forcée de se reposer par suite de vertiges incessants. Elle aurait été, paraît-il, très mal traitée par son mari et 15 jours environ avant son entrée, elle aurait reçu, dans la région lombaire, un coup de pied qui détermina une douleur assez vive, laquelle cessa d'ailleurs au bout d'un jour. Le soir de son arrivée, la malade avait de la fièvre (temp. 40.2, pouls 124) ; elle était complètement égarée, ne comprenant pas les questions qu'on lui posait ou répondant de travers ; vers 10 heures elle se leva brusquement en criant et se précipita sur la religieuse de service qu'elle décoiffa ; on eut beaucoup de peine à la réintégrer dans son lit, où elle demeura cependant tranquille jusqu'au matin. Le 1 février, on constata les symptômes suivants : langue blanche au milieu, rouge sur les bords, anorexie complète, pas de diarrhée ; respiration assez nette, sauf quelques sibilances disséminées, abdomen un peu bouffissant taches rosées. Temp. matin 38.2 ; pouls 100 ; température soir 39.6, pouls 108. Il s'agissait donc d'une fièvre typhoïde accompagnée de phénomènes cérébraux ; les jours suivants, la malade demeurait assez calme, mais elle éprouvait fréquemment des hallucinations et était saisie d'accès de terreurs quand les sœurs faisaient leurs rondes de nuit. La température oscillait entre 38.2 et 40.6, restant élevée matin et soir ; l'appétit était supprimé ; à plusieurs reprises, il se produisit des selles diarrhéiques ; comme symptômes pulmonaires, on releva des râles sous-crépitants dans les deux bases. A partir du 16 février, la température était normale le matin, mais s'élevait le soir entre 38° et 39°, l'appétit était revenu depuis plusieurs jours ; enfin à dater du 15 mars la fièvre disparaît tout à fait, la température était normale matin et soir. La malade, se trouvant rétablie, demande à retourner chez elle et reçoit sa sortie le 15 avril.

Le 7 juin suivant, elle entre dans le service et nous raconte que, 8 jours après sa sortie de l'hôpital, elle avait été prise d'une douleur

à l'aine gauche, irradiée en arrière dans le flanc, qui l'empêchait de dormir et de travailler. De plus elle se plaint d'accès de fièvre le soir et de sueurs nocturnes.

Enfin depuis sa convalescence elle est sujette à une constipation opiniâtre.

Le 7 mai, on note: temp. matin, 38°, pouls 84; temp. soir, 39°3, pouls 96. Douleur à la pression à l'aine gauche et à la région lombaire du même côté. Faciès anémiques. Pas d'amaigrissement notable. Respiration nette, un peu rude à droite. — 8 mai, temp. matin, 37°4, pouls 80, temp. soir, 39°4, pouls 92. La malade se plaint de nausées et de douleurs lancinantes dans l'estomac, en même temps que vers l'aine gauche. La pression éveille une douleur vive au-dessous du rebord costal gauche sur le prolongement du bord antérieur de l'aiselle. Les mêmes symptômes persistent sans modification les jours suivants; la température matinale se maintient entre 37° et 38°2, le soir elle s'élève à 39°6, 39°8 et même jusqu'à 40°4. A plusieurs reprises, la malade prend 4 grammes d'antipyrine; la température est abaissée à la normale et au-dessous, mais cet effet ne se maintient pas et la fièvre reprend le lendemain sa marche habituelle. — Le 15 mai, la douleur, d'abord diffuse dans le côté gauche avec irradiation vers l'hypogastre, se localise en arrière au niveau de la région lombaire. — Le 20, la malade vomit à plusieurs reprises; le 21, on note à la base de l'aiselle droite quelques frottements pleuraux.

Jusque-là le diagnostic était resté en suspens: aucun symptôme ne permettait d'affirmer la tuberculose pulmonaire survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde; et nous nous étions arrêtés à l'idée d'une fièvre de convalescence accompagnée d'une névralgie lombo-abdominale, lorsque, le 26 mai, on constate pour la première fois, au niveau de la région rénale gauche, une tumeur fluctuante s'étendant en hauteur depuis les dernières côtes jusqu'à la crête iliaque et s'étendant transversalement jusqu'à une étendue de 6 centimètres en dehors des apophyses épineuses vertébrales. A ce niveau, la malade éprouvait une douleur avec une sensation d'engourdissement dans l'aine; la pression directe n'était pas douloureuse. Aucune douleur à la pression des apophyses épineuses, pas d'élancements dans le membre inférieur.

La formation de cette tumeur aurait été précédée de petits frissons, au dire de la malade, depuis quelques jours. Respiration un peu renforcée au sommet droit. Pas de vomissement; constipation

habituelle, temp. matin 38°, pouls 88 ; temp. soir 40°5, pouls 104.

29 mai. — Temp. matin 38°8, pouls 92 ; temp. soir 39°2, pouls 120. La tumeur a augmenté de volume, les douleurs sont plus vives ; fluctuation très nette. Une ponction pratiquée avec un trocart ordinaire donne issue à 400 centim. cubes de pus.

30 mai. — La malade se sent peu soulagée. Tempér. matin 38°6, pouls 100 ; temp. soir, 39°6, pouls 108.

2 juin. — Temp. matin 37°4, pouls 96 ; temp. soir 38°6, pouls 100. La malade a vomi plusieurs fois les jours précédents ; la tuméfaction a augmenté ; il est évident qu'il deviendra nécessaire d'ouvrir largement le foyer.

Cette opération est pratiquée le 6 juin par M. le professeur HEYDENREICH, un litre de pus s'écoule de l'ouverture ; deux drains sont placés dans la cavité de l'abcès et on établit un pansement antiseptique. Les suites de l'opération ont été très simples : la fièvre diminue (temp. normale le matin, ne dépassant pas 38°5 le soir), la malade se trouve mieux, mange avec appétit et reprend des forces. Le 8 juin on constate que les urines contiennent du pus ; l'analyse prise au laboratoire des cliniques donne les chiffres suivants : émission en 24 heures : 1100 centim. cubes, densité 1042, réaction faiblement acide, dépôt examiné au microscope ; globules du pus en abondance ; urée, 18 gr. 32 ; acide urique, 0,44 ; chlore des chlorures, 39 gr. 49 ; acide phosphorique total, 0,49, albumine, 0,27. La présence du pus dans les urines éveille l'idée d'une communication entre les calices et les bassinets et le foyer purulent.

Pour nous en rendre compte, nous poussons par l'un des drains dans l'abcès une injection fortement colorée à la fuchsine. On constate que les urines émises ensuite ne sont nullement colorées. Il s'agit donc d'une simple inflammation de voisinage et non d'une ouverture de l'abcès dans les voies d'excrétion de l'urine. A partir du 9 juillet, la malade peut se lever, les urines sont redevenues normales, la température aussi, les tubes à drainage sont enlevés le 23 juillet et au bout de quelques jours la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

En résumé, à la suite d'une fièvre typhoïde bénigne et signalée seulement par quelques symptômes d'exaltation cérébrale facilement explicables par l'état psychique antérieur de la malade, celle-ci est prise, après quelques jours de convalescence, d'une fièvre interne à exacerbation vespérale et d'une douleur vive irradiée de la

région lombaire gauche vers l'aîne correspondante. Ces symptômes persistent sans aucune modification pendant un mois environ et c'est alors que l'apparition à la région lombaire d'une tuméfaction progressive, accompagnée bientôt de fluctuation profonde, révèle l'existence d'une collection purulente considérable à ce niveau. Une ponction à l'aide du trocart ordinaire n'ayant pu suffire à vider complètement l'abcès, celui-ci fut incisé largement quelques jours après et donna issue à une grande quantité de pus. Les suites furent des plus simples, et, malgré l'existence d'une pyélite de voisinage révélée par la présence du pus dans les urines, la malade guérit rapidement et sortit de l'hôpital trois mois environ après le début des premiers symptômes du phlegmon.

La marche et la durée de l'affection chez notre femme méritent de fixer l'attention : elles permettent d'établir d'une façon absolument positive qu'il s'est agi en réalité ici d'un phlegmon périrénal et non pas d'une simple collection purulente développée dans l'épaisseur des couches musculaires si puissantes de la région lombaire. Les auteurs évaluent la durée moyenne du phlegmon périnéphrétique de 3 à 5 mois ; dans les cas les plus heureux, cette durée a toujours été supérieure à un mois ; d'autre part quand l'abcès s'ouvre à la région lombaire, on admet que l'écoulement purulent se maintient en moyenne pendant 6 à 7 semaines.

On remarquera que ces chiffres sont absolument d'accord avec la durée de la maladie chez notre sujet : ici la suppuration après l'opération a persisté durant 47 jours ; trois mois se sont écoulés depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la guérison ; il est évident d'ailleurs que l'intervention chirurgicale a dû singulièrement abréger la durée de l'affection.

Cette concordance et l'existence d'une pyélite de voisinage, caractérisée par la présence du pus dans les urines sans communication aucune avec la cavité de l'abcès, établissent donc d'une manière positive le diagnostic qui fut porté de phlegmon périnéphrétique. Il nous paraît non moins évident que cette complication a été la conséquence immédiate de la fièvre typhoïde qui amena la malade dans notre service.

Quand on songe, d'ailleurs, à la fréquence des inflammations suppuratives dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde, on admettra volontiers qu'il peut se faire, dans ce cas des collections purulentes périnéphrétiques par le même méca-

nisme qu'il se forme des abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans la profondeur des muscles, et il nous semble évident que le phlegmon périrénal doit être considéré, dans l'observation que nous venons de relater, comme consécutif à l'affection typhoïde. Quant à la contusion qu'elle avait subie avant de tomber malade, elle n'a pu agir tout au plus qu'en créant une diathèse locale, un *locum minoris resistentie* qui, à la faveur de l'infection typhoïde, est devenu un foyer de suppuration.

OBSERVATION III. — Phlegmon périnéphrétique d'origine intestinale, ayant débuté par des phénomènes d'obstruction, abondance dans le pus du bacille coli communis.

(D^r BROUSSELLE, *Bourgogne médicale*, 1^{er} juin 1894.)

M. P..., âgé de 34 ans, entrepreneur, n'a jamais eu de maladie sérieuse, doué d'un bon appétit, il a toujours bien digéré tous les aliments jusqu'en 1890, mais depuis cette époque il a été pris de dégoût pour la viande.

Ce dégoût s'est accentué à un tel point que, depuis 3 ans, il n'en mange à peine qu'une ou deux fois parmois et toujours avec répugnance.

Il attribue ce dégoût de la viande à la vie de restaurant, pendant son séjour dans divers pays et à Paris, peut-être faut-il tenir compte aussi de quelques excès alcooliques pendant deux ans.

Cette dyspepsie intestinale, accompagnée de gaz et de météorisme, est aussi entretenue par le régime exclusivement végétal.

A aucun moment M. P... n'a maigri, sa santé n'a pas périclité; il travaille beaucoup sans éprouver de fatigue et n'est jamais arrêté. Il ne s'est d'ailleurs jamais préoccupé de son état et espérait voir disparaître peu à peu cette impossibilité d'une alimentation azotée.

Maladie actuelle. — Le 27 septembre 1893, je vis pour la 1^{re} fois ce malade avec mon ami M. le D^r COTTIN, appelé lui-même seulement depuis la veille.

M. P... avait été pris le 26, au matin, de coliques très fortes avec vomissements abondants; la constipation absolue datait de 48 heures seulement. Les accidents ont paru éclater pendant la nuit, à la suite d'un repas trop copieux et comme toujours exclusivement composé de farineux.

Il s'agit d'une obstruction intestinale à marche aiguë pour la-

quelle on a employé dès le début la glace, les injections de morphine et un lavement purgatif.

Le 28, troisième jour de la maladie, le ventre est ballonné et douloureux, surtout dans la région de l'S iliaque; il n'y a pas de fièvre.

Le traitement institué par MM. les D^{rs} COTTIN et BARBIER consiste en lavements purgatifs et magnésie à doses fractionnées; on continue la glace et le champagne.

Les accidents d'obstruction cédèrent au 4^e jour, après des évacuations très abondantes, le 29 et M. P... entre en convalescence.

M. le D^r COTTIN, obligé de s'absenter de Dijon, me laisse continuer le traitement de son malade et surveiller l'alimentation.

Un régime sévère est continué jusqu'au 4 octobre; le malade garde le lit, est maintenu au lait et continue tous les jours à prendre un grand lavement.

Le 9 octobre, M. P... accuse dans l'après-midi une violente douleur dans le côté gauche de l'abdomen et dans la région lombaire, il se plaint de coliques, mais sans envie d'aller à la garde-robe.

La douleur de côté s'accroît les jours suivants sans que le malade ait quitté le lit : il remue difficilement la cuisse gauche qui est assez douloureuse. Il y a de la fièvre, le soir.

Du 15 au 22, la température varie le soir entre 38° 6 et 39° 5, ce qui fait craindre d'abord et admettre bientôt une suppuration profonde; il y a de petits frissons.

Dès le 16, la palpation est plus douloureuse dans la région lombaire et il y a un point très nettement sensible dans le triangle de J.-L. PETIT, au-dessus de la crête iliaque; il n'y a plus de doute sur l'existence d'un abcès périrénal.

Le 17, je constate de l'asymétrie des reins : la région lombaire gauche est tendue; il y a un peu d'œdème. Compresse humide au sublimé à 1/3000, recouvertes de taffetas gommé, afin de désinfecter la région et de diminuer l'inflammation de la région périnéphrétique. Aucun trouble des fonctions urinaires, urines normales.

Lundi 23 octobre, température : matin, 38° 8; le soir, 39° 4.

Mardi 24, matin 38° 9, soir 39° 8. L'opération est décidée pour le lendemain.

Opération. — Opération le 25 octobre, avec l'aide de mes confrères MM. BARBIER et FONTAGNY.

La collection purulente est largement ouverte par une incision verticale de 12 à 14 centim.

Le doigt pénètre dans un premier foyer sous-aponévrotique et permet de reconnaître un foyer profond qui s'étend jusque dans la fosse iliaque gauche; entre les deux existe une ouverture assez étroite, véritable boutonnière due au plan musculaire.

Il s'écoule environ 200 grammes de pus sans aucune odeur.

Après avoir placé trois gros drains, je lave la partie d'abord au sublimé à 1/2000, puis à l'eau bouillie tiède et les drains sont fixés aux lèvres de la plaie. Grand pansement antiseptique.

Le soir de l'opération, la température tombe à 38°; les jours suivants, elle oscille entre 37° 6 et 38° 2.

A aucune époque il n'y a eu des troubles ni dans les urines ni dans les mictions.

Les pansements antiseptiques et les lavages indiqués par les nombreux grumeaux et lambeaux nécrosés sont continués jusqu'à la diminution du foyer, d'abord tous les deux jours, puis plus rarement.

Le 16 décembre, la poche est réduite à très peu.

M. P... reprend ses occupations l'après-midi, son pansement n'est plus fait que tous les trois ou quatre jours. L'alimentation se fait bien et le régime azoté est très bien supporté.

La fistule persiste jusqu'en janvier; elle cesse presque absolument de laisser perdre quelques gouttes de pus; mais à la fin de février j'ai dû dilater le trajet avec une tige de laminaire et remettre un gros drain.

17 mars : il existe une très petite fistule qui est tarie complètement le mois suivant, et tout est rentré dans l'ordre depuis cette époque.

N'omettons pas de dire que, dès le mois de janvier, M. P... a repris l'usage de la viande. Il continue depuis à manger avec plaisir, tandis que depuis quatre ans il était absolument privé de viande. Les digestions sont très faciles et la santé est bien meilleure qu'auparavant, où l'alimentation azotée était impossible.

Examen bactériologique.— La partie la plus intéressante de cette observation vient de l'examen bactériologique du pus qui a été fait au laboratoire de la Faculté des Sciences par notre ami, M. le Dr DUBARD.

A. — *Examen du pus.* — Pus crémeux, à odeur fade, à réaction nulle.

Nombreux leucocytes, quelques globules rouges.

Une partie du pus sert à faire des cultures, l'autre partie restante est examinée.

L'examen donne un microbe qui nous a paru avoir une grande ressemblance avec le bacille typhique ou le coli communis. Or, ce malade n'a jamais eu de dothiéntérie, et c'est à la suite d'une longue constipation qu'il a présenté de la douleur dans la fosse iliaque gauche, puis tuméfaction et formation de la collection. Ce serait donc plutôt le coli bacille.

B. — *Culture du pus.* — Dix tubes de gélatine peptonisée et légèrement glycérosée, cinq tubes de gélose, quatre tubes pommes de terre.

Rien de caractéristique dans les tubes à gélatine et à gélose.

Pommes de terre. Colonie épaisse, ocreuse, verdissante sur quelques tubes, au bout de 6 à 7 jours, végète aussi à 44°-45°. Mêmes bacilles que pour le pus, immobiles ou très légèrement mobiles. Les cultures chauffées à 45° présentent des filaments plus longs ; après 15 jours, certains bacilles présentent une spore. Résistance à la chaleur, forme des bacilles, taille, culture, décoloration par le Gram, tendant à prouver que nous sommes en présence du bacille coli communis.

OBSERVATION IV. — Dyspepsie flatulente; surmenage; abcès périnéphrétique; guérison.

(PAUFFARD; dans la thèse de CHAUVENET.)

M. X..., homme de lettres, 40 ans, tempérament arthritique. vient me trouver, le 24 avril 1891, s'arrêtant à Dijon au cours d'un voyage de Paris en Suisse entrepris dans un but de repos. Très surmené depuis plusieurs mois, habituellement constipé, n'ayant plus d'appétit, M. X... est dans un état d'épuisement complet ; je lui conseille, avant d'accomplir son voyage, de rester quelques jours dans sa famille, ce qu'il fait sans hésitation. Pendant la première semaine, la faiblesse augmente encore, le malade ne peut quitter son lit : la fièvre est intense, aucune localisation morbide, jusqu'alors, il ne s'agit que d'une fièvre adynamique de surmenage. Le traite-

ment consiste en lait, jus de viande, vins généreux, boissons alcooliques, caféine, kola. La liberté du ventre est assurée chaque jour par quelques lavements laxatifs. Point de vomissements.

Vers le 15 mai, même état général, mais apparition de douleurs violentes, continues, exaspérées par les mouvements le long du sciatique droit, remontant à la région lombaire et s'étendant jusqu'au pied. Pendant huit à dix jours, ces douleurs intolérables ne peuvent être calmées pendant quelques instants que par des piqûres de morphine (2 par jour).

Le 25 mai, à un nouvel examen, je sens, dans la région lombaire droite, un empatement profond, peu marqué, avec léger gonflement et douleur à la pression. Le 27, la fluctuation apparaît avec soulèvement de la peau. Le diagnostic évident d'abcès périnéphrétique ne permettait pas de retarder l'opération qui est décidée pour le lendemain. Le lendemain 28, l'opération est pratiquée avec l'aide du docteur DEROME. Après toutes les précautions antiseptiques à l'acide phénique, la peau est incisée sur une longueur de 0,08 à 0,10 centim., l'incision est verticale en dehors de la masse lombaire, à 0,10 centim. environ de la colonne vertébrale ; à 0,05 centim. de profondeur environ ; le pus sort à flots, bien lié, sans odeur ; il s'en écoule au moins un litre. Pas d'injection dans le foyer. Pas d'accidents à prévenir. Un double tube de caoutchouc rouge est introduit dans la plaie. Pansement à l'iodoforme, coton iodoformé et hydrophile.

Le pansement est changé tous les jours et chaque fois il est inondé de pus, à aucun moment il n'y a de mauvaise odeur. Même traitement tonique général.

Au bout de huit jours, les forces du malade commencent à renaître, la fièvre est tombée en grande partie, la quantité de pus diminue notablement. Toutes les fonctions s'accomplissent à peu près. Les douleurs ont disparu et le sommeil revient. Aucun accident jusqu'à la fin. A partir du 18 juin, pansements tous les deux jours seulement, le double tube est remplacé par un tube simple, moins long.

On ne fit toujours pas d'injection dans la plaie.

Le 20, le malade peut se lever une demi-heure, l'appétit est revenu, et l'alimentation satisfaisante. Le 26 enfin, un voyage d'urgence à Paris est possible : la plaie est cicatrisée depuis deux jours. Le 30, retour à Dijon ; le voyage n'a pas été trop fatigant ; après une

semaine de repos, le malade peut aller en Suisse où il reste la semaine et d'où il revient avec une santé florissante.

Comme cause déterminante de l'abcès : surmenage, constipation et pullulation du coli bacille.

OBSERVATION V. — Abscès anté-rénaux.

(LEJARS. — Congrès de chirurgie, 1899.)

Notre première malade présentait, dans la région rénale gauche, une masse volumineuse obscurément fluctuante et qui paraissait aussi accessible par le flanc que par la voie lombaire. Les débuts de l'affection avaient été assez lents et l'évolution clinique avait été celle des abcès périnéphrétiques ordinaires ; je fis l'incision classique postérieure le 8 mai 1899, j'arrivai directement sur la face correspondante du rein qui était abaissé, un peu gros, mais n'était adossé de ce côté à aucune espèce de foyer ; la collection siégeait manifestement au devant de lui. Grâce à un débridement transversal externe, je réussis pourtant à contourner le bord externe de l'organe et à ouvrir l'abcès antérieur qui contenait environ 250 grammes de pus. J'étais dans une poche qu'il me fut possible d'explorer au doigt, poche qui semblait bien fermée, et qui se prolongeait en dedans jusqu'au devant du pédicule rénal ; on sentait nettement, en arrière d'elle, battre l'artère rénale. La collection fut lavée et drainée, l'incision partiellement réunie et la guérison eut lieu sans incident.

OBSERVATION VI. — Abscès anté-rénaux.

(LEJARS. — Congrès de chirurgie, 1899.)

Un homme actuellement encore dans mon service a été opéré dans des conditions un peu analogues. Il m'avait été envoyé dans un état d'infection des plus graves ; les accidents s'étaient développés brusquement et avaient fait penser d'abord à une appendicite ; mais les douleurs siégeaient beaucoup plus haut et c'était aussi à la partie toute supérieure du flanc droit, sous le foie, que l'on sentait depuis quelques jours une tumeur profonde, qui allait grandissant. Je fis une incision latéro-abdominale qui me conduisit d'abord dans le péritoine. Je m'assurai que l'appendice et la fosse iliaque étaient

indemnes; la masse rougeâtre, vaguement arrondie, et de fluctuation assez obscure, occupait la région anté-rénale. Après avoir fermé la grande cavité péritonéale, je pratiquai une ponction qui donna issue à un quart de litre d'un pus séreux et granuleux; je fixai alors la paroi du kyste à la paroi abdominale, je l'ouvris largement, et j'en réunis les lèvres à la peau; la cavité paraissait se prolonger jusque dans l'épaisseur du rein. Là encore, l'intervention fit cesser les accidents aigus, mais la guérison définitive tarda beaucoup à se produire.

OBSERVATION VII. — Absès anté-rénaux.

(LEJARS. — Congrès de chirurgie, 1899.)

Ce cas est celui d'une malade de 50 ans qui était entrée dans un service de médecine (Dr Duflocq) avec des accidents de pseudo-occlusion intestinale, d'allures fort étranges, mais dont la gravité était suffisamment démontrée par la petitesse du pouls, le facies, les vomissements, le ballonnement considérable et la grande sensibilité du ventre. On sentait fort incomplètement du reste, par le palper, dans le flanc gauche et la région ombilicale, une grosse tuméfaction profonde dont les limites restaient très vagues. J'opérai cette malade d'urgence le 15 octobre 1897. Je fis la laparotomie médiane sous-ombilicale : à peine le ventre fut-il ouvert, que je vis faire hernie le côlon descendant refoulé par une grosse tumeur qui remplissait et soulevait le méso-côlon; les deux feuilletts méso-coliques étaient sous-tendus par une nappe œdémateuse, jaunâtre. Le côlon était maintenu à droite et protégé par des compresses, j'incisai le feuillet méso-colique gauche; en dissociant cette nappe d'œdème purulent, je découvris dans la profondeur une sorte de poche tendue grisâtre, d'où la ponction ramena environ 400 grammes d'un liquide trouble, jaune-rougeâtre, mêlé de pus et de grumeaux. Je me mis alors en devoir de marsupialiser cette poche, après avoir fermé le reste de l'incision abdominale médiane, puis je l'ouvris largement: il s'écoula une abondante quantité du même liquide purulent, et je pénétrai dans une vaste cavité irrégulière qui occupait la face antérieure du rein gauche. Les accidents cessèrent après cette intervention, mais la suppuration du trajet persista longtemps, et j'ai perdu de vue la malade.

OBSERVATION VIII. — Abscès anté-rénaux.

(LEJARS. — Congrès de chirurgie, 1899.)

Le 29 mars 1898, j'opérai une jeune femme de dix-neuf ans ; quelques jours après un accouchement, elle avait été prise de fièvre, de frissons, de douleurs abdominales, de tous les accidents d'une infection grave ; puis les douleurs s'étaient cantonnées à la région rénale droite, où l'on avait vu paraître et grossir rapidement une tuméfaction profonde qui semblait remplir toute la région et que l'on prit d'abord pour un abcès périnéphrétique ordinaire. J'intervins le 29 mars 1898, et je pratiquai une incision lombaire sans rien trouver de ce côté ; instruit par une première observation, je refermai rapidement la plaie postérieure, et j'abordai la tumeur en avant, par une incision verticale, latéro-abdominale ; j'ouvris ainsi une collection remplie d'un pus brunâtre et d'une fétidité intestinale extrême ; la poche était close de toutes parts et adhérente à la paroi. Elle fut lavée et drainée, et le 3 mai la malade était complètement guérie. C'était là, selon toute probabilité, un de ces abcès d'origine intestinale que j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer.

OBSERVATION IX. — Abscès anté-rénaux.

(LEJARS. — Congrès de chirurgie, 1899.)

Chez le malade suivant, l'évolution clinique a été beaucoup plus lente. Ce fut encore après un accouchement, mais plusieurs semaines après, que des douleurs se montrèrent dans le flanc gauche, accompagnées de poussées de fièvre et d'un état d'affaiblissement qui s'accusa de plus en plus, bientôt une tuméfaction profonde devient perceptible dans la même région, tuméfaction épaisse, dure et qui conserva, tout en grossissant, la même consistance. On crut à un sarcome du côlon ou du rein et ce fut avec ce diagnostic que la malade nous fut envoyée. Pourtant dans les derniers jours la tumeur avait changé de caractère ; elle avait grossi encore, mais en même temps elle était devenue manifestement fluctuante à son centre et dessinait un relief arrondi assez net à la paroi abdominale antérieure, au niveau du flanc ; quant à la région lombaire, elle semblait entièrement libre. Ici donc aucune hésitation n'était possible

sur la voie à suivre. Je pratiquai sur la voussure antérieure de la tumeur une incision verticale et après avoir traversé la paroi, j'ouvris une volumineuse collection de pus fétide, qui se prolongeait très loin en arrière, au devant du rein; la poche était fermée et adhérente à la face profonde de la paroi abdominale. Cette fois encore, après lavage et drainage, la guérison ne se fit pas attendre, et au bout de vingt jours la cicatrisation était complète.

OBSERVATION X

(GÉRARD-MARCHANT. — Société de chirurgie, 24 juillet 1895.)

En octobre 1894, j'étais appelé en consultation par mon collègue le Dr ISCOVESCO, auprès d'un jeune homme de 27 ans, dont voici l'histoire résumée.

En 1887, malade en province pendant trois mois; après beaucoup d'hésitation, le diagnostic porté fut abcès périnéphrétique droit; l'intervention faite par un chirurgien, professeur de l'Ecole d'Amiens, donna issue à une grande quantité de pus. La douleur dont se plaignait le malade était lombaire et l'abcès proéminait nettement dans la région rénale. En 1891, rechute; douleurs lombaires. Trois de nos collègues des hôpitaux, deux médecins et un chirurgien examinèrent le malade et conclurent à une névralgie lombaire. Quinze jours après cette consultation, un médecin de Berck constatait un abcès dans la région rénale et rien dans la fosse iliaque. En 1892, troisième rechute, en tout calquée sur les deux premières. En octobre 1894, M. de B... est repris de ses douleurs; il entre chez les frères Saint-Jean de Dieu. Il est examiné du 17 au 19 octobre, pendant la période où il n'avait pas de fièvre, par un de nos maîtres les plus réputés. Il soupçonne une lésion de la colonne vertébrale, mais on ne trouve pas d'abcès. Huit jours après je suis appelé auprès de ce malade; je l'examine longuement et il me semble sentir de l'empâtement dans la fosse iliaque. Cet empâtement est plus sensible les jours suivants; il y a de la fièvre le soir (38°—38°½). Ne tenant aucun compte du passé, frappé surtout de la douleur autour du cœcum, de l'empâtement de la région en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, je hasarde le diagnostic de pérityphlite, lorsque, du jour au lendemain, l'empâtement cœcal disparaissait pour faire place à de la douleur lombaire et à de la

tuméfaction de la région rénale. Je ne me laisse pas dépister par ce changement de décor. L'incision fut faite au niveau de la fosse iliaque, dans le lieu d'élection. L'appendice fut trouvé (et examiné histologiquement) appendu au plafond de cet abcès, véritable stalactite, nageant dans le pus. Au-dessus de la crête iliaque, dans la partie postérieure, l'aponévrose était perforée, laissait passer le bout du doigt, et par cet orifice on pénétrait dans la seconde poche, se dirigeant vers la région rénale; on put pratiquer un double drainage. Guérison définitive et radicale en quelques jours.

OBSERVATION XI

(GÉRARD-MARCHANT. — Société de chirurgie, 24 juillet 1895.)

Dernièrement, à Tenon, chez une femme atteinte d'un abcès de la fosse iliaque, j'assistai aux mêmes phénomènes, et pus indiquer à l'avance la migration du pus à travers une perforation de l'aponévrose.

OBSERVATION XII. — Abcès périnéphrétique dû à une perforation de l'appendice.

(BROCA. — *Bulletin médical*, 3 janvier 1895.)

M. le docteur MOURRUAR, de Preuilly, a eu l'occasion d'observer un abcès périnéphrétique consécutif à une perforation de l'appendice. Voici l'analyse du fait, qui offre un intérêt réel en raison de sa rareté.

Une jeune fille de 19 ans, bien portante, est prise brusquement, le 18 juillet 1894, d'une douleur aiguë dans la région de la fosse iliaque droite; cette douleur très prononcée, surtout à la pression, n'est accompagnée d'aucun autre signe local; il n'y a pas d'empatement de la région cœcale, pas de matité; d'ailleurs pas de constipation antérieure; il y a eu dans la matinée une selle semi-liquide; comme symptômes généraux : courbature, état saburral, fièvre modérée 38°, mais pouls fréquent 120, pas de vomissements, pas de frissons.

En raison de la localisation cœcale de la douleur et malgré l'absence d'autres signes certains, je diagnostique typhlite ou appendicite aiguë que je traite médicalement. Le 19 juillet, la douleur est

considérablement atténuée, les symptômes généraux restant les mêmes, le ventre est souple, à peine sensible, mais il existe en arrière, dans la région lombaire droite, une douleur absolument comparable à la douleur de la veille.

Or, pendant plus de deux mois, l'état de la malade reste stationnaire ; durant cette longue période elle était très affaiblie, avec une anorexie absolue, ne voulant guère quitter son lit ; elle finit même par refuser de répondre à nos questions et de se laisser examiner. Enfin dans les derniers jours de septembre, la douleur, devenue excessive, s'accompagna d'un empatement et d'un œdème, étendus à toute la région lombaire du côté droit, le ventre restant toujours souple et peu sensible : je pratiquai alors, dans la région lombaire droite, en un point correspondant au rein droit, une incision de sept à huit centimètres, qui, à une profondeur de six centimètres, donna issue à un demi-verre de pus mêlé de sang sans fétidité bien marquée. Explorant avec le doigt la cavité de l'abcès, je reconnais facilement le rein dont je contourne l'extrémité inférieure, lorsque se présente un corps solide du volume et de la forme d'un petit haricot, qui n'était autre qu'une concrétion fécale provenant évidemment de l'appendice perforé. Les suites de l'intervention furent des plus simples, et, six semaines après, la réunion de la plaie était complète ; actuellement la malade a engraisé de vingt livres et a recouvré ses forces.

L'intérêt de cette observation est, je crois, évident, en raison de la rareté des abcès périrénaux de cette provenance, en raison de l'absence de signes abdominaux au début et pendant le cours d'une appendicite aiguë, en raison de la durée de l'affection, après un début aussi brusque, en raison de la rapidité de sa guérison sans résection de l'appendice.

Il est probable que chez cette malade la situation de l'appendice est particulièrement anormale et que celui-ci, recourbé en arrière le long du cœcum, a fait que l'inflammation rétrocœcale a gagné l'atmosphère celluleuse du rein.

OBSERVATION XIII. — Abcès périnéphrétique. — Typhlite et pérityphlite. — Abcès périnéphrétique droit. — Mort. — Autopsie.

(VAUGY. — Thèse de Paris, 1876.)

Le nommé S. C..., soldat au 65^e de ligne, entra à l'hôpital du Val-

de-Grâce le 4 mars 1876, dans le service de M. le professeur agrégé Laveran, salle 30, lit 20 ; il est âgé de 21 ans ; il est fort, robuste ; il n'a jamais eu de maladies antérieures.

Il y a quatre jours, après un repas copieux et de nombreuses libations alcooliques, il éprouva, le soir, tous les symptômes habituels d'une forte indigestion : nausées, vomissements, coliques tellement violentes qu'il se roulait sur son lit. Le lendemain et les jours suivants, les douleurs persistent ; il ressent des tiraillements dans le ventre ; bouche mauvaise, anorexie complète, constipation opiniâtre ; à l'infirmerie, on lui administre un purgatif qui ne produit aucun effet ; l'état général s'aggrave ; il est envoyé au Val-de-Grâce.

Le 4. Etat actuel : pas d'amaigrissement ; le faciès, un peu grippé, exprime la souffrance et l'inquiétude ; les yeux sont entourés d'un cercle bleuâtre. Peau chaude et sèche ; pouls fréquent et un peu résistant. Dégoût pour les aliments, langue sale, étalée, couverte d'un enduit bleuâtre, légèrement rouge sur les bords et à la pointe. Le ventre est tendu et ballonné. La percussion donne une sonorité tympanique dans toute son étendue, excepté cependant du côté droit, où elle accuse un peu de matité. La pression, dans la fosse iliaque droite, est excessivement douloureuse ; cette douleur arrache des cris au malade, et elle empêche toute exploration profonde. Toutefois on éprouve une sensation de résistance dans la région cœcale.

Constipation opiniâtre ; le malade n'est pas allé à la garde-robe depuis quatre jours.

Rien à l'auscultation de la poitrine ; respiration pure et sans mélanges de râles. Rien au cœur.

Le 5. Un lavement purgatif administré hier soir n'a produit qu'une selle très légère. Le malade n'a pas dormi. Douleur abdominale toujours très violente, mais surtout localisée à la fosse iliaque droite. — T. m. 38°2 ; t. s. 38°6.

Frictions avec de l'onguent mercuriel belladonné. Cataplasmes laudanisés. Lavements purgatifs.

Le 6. Une selle semi-liquide dans laquelle nagent quelques noyaux de matières fécales durcies.

Ballonnement et tympanisme persistent ; la douleur empêche toujours de déprimer assez la paroi abdominale pour atteindre les parties profondes, mais on sent distinctement que la fosse iliaque droite est plus pleine que la gauche.

Le malade se plaint d'élançements douloureux dans la région lombaire; il ne peut plus se coucher que sur le côté droit. Nous ne constatons rien d'anormal dans cette région.

Les urines sont peu abondantes; elles sont rouges; traitées par les réactifs chimiques, et par la chaleur, elles ne donnent aucun précipité. T. m. 38°5; t. s. 38°8.

Le 7. Même état. Les douleurs sont un peu calmées. Le soir vers six heures environ, le malade est pris tout à coup d'un violent point de côté à droite, vers la partie inférieure du poulmon.

En même temps, accélération des mouvements respiratoires, dyspnée qui va jusqu'à l'étouffement; le médecin de garde appelé fait appliquer quatre ventouses *loco dolenti*.

Le 8. La douleur a diminué le matin. « La nuit a été bonne », dit le malade, mais son état dément cette assertion, l'intelligence d'ailleurs est très affaiblie, il ne répond plus que vaguement aux questions qu'on lui pose. La peau est très chaude (T. 39°2). Les mouvements respiratoires sont toujours accélérés; pas de toux, pas d'expectoration. A la percussion, matité complète dans la partie inférieure du poulmon; à l'auscultation, râles ayant tous les caractères du râle crépitant. Bulles fines, sèches, égales et ne s'entendant qu'à l'inspiration.

On fait appliquer un vésicatoire et on prescrit : potion au kermès, 0,20 centigr., morphine 0,03 centigrammes.

Le soir aggravation de tous les phénomènes; la dyspnée augmente de plus en plus; il faut asseoir le malade sur son lit pour le faire respirer; pouls petit, fréquent; les joues revêtent une teinte bleuâtre. Affaiblissement extrême. Ventre toujours ballonné et douloureux.

Le 9. Etat général de plus en plus grave : tout fait présager que le malade ne passera pas la journée. Pendant la nuit, il a eu du délire. Le matin il prétend se bien porter; il veut se lever et reprendre son service. La peau est couverte de sueurs; le pouls est petit, filiforme, à peine perceptible; la prostration est complète; la respiration s'embarrasse, les joues et les ongles sont cyanosés, et la mort arrive dans l'après-midi.

Autopsie. — Faite le 11 mars à 8 heures du matin.

Cavité abdominale. — Au milieu de la fosse iliaque droite, la séreuse péritonéale est enflammée; elle est sèche, légèrement poisseuse au toucher et présente de nombreuses arborisations vasculai-

res ; pas de liquides. Les traces de la phlegmasie ne s'étendent guère au-delà de l'hypocondre droit. La dernière portion de l'intestin grêle, le *cæcum* et le côlon ascendant présentent à l'extérieur une coloration rougeâtre, marbrée ; ils sont réunis entre eux par de fausses membranes de formation récente. Le *cæcum* et le côlon ascendant adhèrent assez fortement à la fosse iliaque, et on éprouve une certaine résistance quand on veut les en détacher ; à ce moment, on rompt la poche d'un vaste foyer purulent étendu depuis la partie inférieure du *cæcum* jusqu'au diaphragme, et dans lequel nage le rein droit ; cette collection est limitée en arrière par le muscle carré des lombes, en dedans par la colonne vertébrale, en dehors par les muscles qui forment la paroi latérale de l'abdomen.

Le pus a une coloration brunâtre, chocolat ; son odeur est fétide et rappelle celle des matières stercorales.

La portion du péritoine qui revêt la face inférieure du diaphragme est décollée et recouverte de légers exsudats, qu'on peut enlever par le grattage. Les fibres du diaphragme sont baignées par le pus ; elles sont bleuâtres, ramollies, mais elles ne sont pas dissociées, écartées les unes des autres, et elles ne présentent aucune perforation qui fasse communiquer les cavités abdominales et thoraciques.

Les ouvertures naturelles du diaphragme ne présentent rien d'anormal.

Les muscles transverse et carré des lombes offrent la même altération, on peut les déchirer facilement par la moindre traction.

Le fascia iliaca est enflammé et épaissi ; mais il ne présente pas de solution de continuité ; les muscles psoas et iliaque sont sains dans toute leur étendue.

La capsule fibreuse qui enveloppe le rein est épaissie, elle adhère fortement à la substance corticale, et quand on veut la détacher on entraîne avec elle des fragments de cette substance.

La capsule enlevée, le rein ne présente pas de traces d'inflammation ; sa couleur, son volume et sa consistance sont anormaux.

L'examen histologique est complètement négatif, aucune lésion à signaler.

Le rein gauche est tout à fait normal.

On ouvre l'intestin dans toute sa longueur.

L'intestin grêle ne présente rien de particulier.

On remarque cependant que les follicules agminés paraissent plus

fréquents qu'à l'ordinaire, ce qui donne à la muqueuse intestinale, et surtout au niveau des plaques de Peyer, l'aspect pointillé de la peau des joues quand la barbe vient d'être rasée. Pas d'ulcération des plaques.

Mais c'est dans le cœcum que nous trouvons les signes caractéristiques. La muqueuse est fortement hyperémiée et d'un rouge intense; elle paraît boursouflée; elle se laisse déchirer facilement; les follicules clos sont tuméfiés et procèdent à sa surface; malgré la plus grande attention, nous ne trouvons ni ulcération, ni perforation. En incisant le cœcum, nous trouvons dans son intérieur quelques noyaux de matières fécales durcies, pas de corps étrangers. L'*appendice vermiculaire* est aussi enflammé. Les ganglions mésentériques ne sont pas engorgés. Les autres organes, foie, rate, pancréas, estomac, vessie, ne présentent aucun caractère pathologique.

Cavité thoracique. — La plèvre et le poumon du côté gauche sont dans un état de parfaite intégrité. Côté droit : Adhérences épaisses à la plèvre diaphragmatique au niveau du point où le péritoine a été décollé; tout autour de ces adhérences, la plèvre est enflammée, tapissée de fausses membranes et il y a en même temps un léger épanchement séro-purulent.

Le poumon présente dans son tiers inférieur tous les signes d'une pneumonie du 1^{er} au 2^e degré.

Il offre extérieurement une coloration rouge, livide, il crépite moins, et il a perdu son élasticité. A la coupe, il s'en échappe un liquide rougeâtre, dans certains points, les surfaces incisées présentent une disposition granulée. Rien au cœur et au cerveau.

OBSERVATION XIV. — Perforation de l'appendice cœcal. —

Abscès périnéphrétique droit. — Pleurésie purulente.

(AGNOUARD. — *Progrès médical*, 27 mai 1876.)

G. A..., âgé de 27 ans, maréchal-ferrant, entre le 24 janvier 1876 (service de M. LÉCORCHÉ), à l'hôpital Beaujon. Cet homme, qui a toujours été bien portant, est pris le 22 janvier de frissons qui se sont répétés plusieurs fois, et qui ont été suivis toute la journée de violentes coliques. La nuit du 22 au 23 a été assez calme. Le lendemain, dans l'après-midi, le malade a de nouveau un grand frisson qui dure environ une demi-heure. Il a de la fièvre, mais pas de coliques. Il peut avoir quelque repos la nuit suivante.

24 janvier. A son entrée à l'hôpital, le malade accuse dans la fosse iliaque droite de vives douleurs qui s'exaspèrent à la plus légère pression. Le ventre n'est pas ballonné. La fièvre est assez intense, la peau est chaude et la face légèrement grippée. Le malade va une seule fois à la selle, en prenant un lavement, les garde-robes étant supprimées depuis le 23 au matin.

Le 25. Les douleurs persistent dans la fosse iliaque droite. Au palper, on ne trouve pas de tumeur arrondie, mais un empâtement profond dans la région iléo-cœcale. La fièvre persiste. Les urines sont peu abondantes, rouges et colorées d'urates. On ne trouve pas d'albumine. Application de sangsues sur la fosse iliaque droite et purgatif.

Le 26. La douleur dans la fosse iliaque droite est de beaucoup diminuée, mais elle paraît être remontée au niveau du foie. Le malade est allé en diarrhée à la garde-robe. La fièvre persiste toujours.

T. axillaire m. 39°2, soir 39°2.

Le 27. Le malade se plaint de douleurs à la région lombaire et à l'épaule droite. Le foie est douloureux à la pression. Il ne paraît pas augmenté de volume, teinte subictérique.

T. m. 38°4, s. 39°1.

Le 28. Le point douloureux est encore déplacé, le malade accuse un point de côté; en arrière et à droite de la poitrine, à l'examen de la cavité thoracique, on trouve une pleurésie droite avec épanchement dans le tiers inférieur de la plèvre.

T. m. 37°8, soir 39°2.

Le 29. Œdème léger de la paroi thoracique, même état du malade.

T. m. 38°4, s. 39°2.

Le 30. T. m. 39°6.

Le 31. L'état général du malade s'aggrave. La fièvre augmente. Il a un peu de diarrhée. Dans l'après-midi, le malade est pris de frissons, la respiration commence à être gênée.

T. m. 40°, s. 40°4.

1^{er} février. Dès le matin, le malade a de la dyspnée, la peau est couverte de sueurs. T. 40°2. On fait la ponction, mais on en retire quelques grammes d'un liquide purulent fétide et aussitôt on fait l'empyème. Il s'échappe environ trois litres de pus d'une fétidité stercorale. Le malade meurt dans l'après-midi.

Autopsie. Cavité abdominale. — Péritonite partielle droite. Adhérences des dernières portions de l'intestin grêle autour du cœcum

et de l'appendice vermiculaire. Ces adhérences sont faciles à rompre. Une fois les anses intestinales enlevées, on découvre au niveau de l'extrémité libre de l'appendice iléo-cœcal une ulcération à bords gangréneux qui en a détruit tout le fond. Par suite des adhérences de l'appendice, la perforation n'a pu se faire dans la cavité péritonéale, le péritoine de la fosse iliaque a été détruit au point où adhérait l'appendice et il y a eu communication avec le tissu cellulaire péri-cœcal. En ouvrant les dernières anses d'intestin grêle, on n'observe qu'une légère congestion de la muqueuse près de la terminaison. L'appendice cœcal a sa coloration normale, excepté au niveau de la perforation. En ce point, on trouve une concrétion arrondie, grisâtre, peu résistante et du volume d'un noyau de cerise. Si on suit le trajet fistuleux, en partant de l'appendice, on trouve une vaste loge purulente qui occupe toute la région lombaire droite, en arrière du feuillet du péritoine. Le tissu cellulaire péri-rénal est complètement détruit et le rein baigne dans le pus.

Une concrétion analogue à la première par sa couleur et sa résistance, mais comparable à un noyau d'olive, existe dans cette cavité où elle sera tombée sans doute après avoir déterminé la perforation de l'appendice.

Le rein droit, par son extrémité inférieure, adhère à la dépression correspondante du foie et le pus remontant en arrière du bord postérieur du foie, entre la veine cave inférieure en dedans et la fossette rénale en dehors, arrive au contact du diaphragme, dont il a détruit quelques fibres aponévrotiques au niveau de la foliole droite et pénètre ainsi dans la plèvre droite.

Foie. — Face supérieure lisse. Face inférieure à coloration verdâtre; elle est recouverte dans toute la moitié droite de fausses membranes purulentes. Bord postérieur adhérent en plusieurs points au diaphragme.

Les muscles psoas iliaque et carré des lombes droits sont intacts, les fibres musculaires ont conservé une coloration rouge. Le diaphragme paraît sain, sauf au niveau de la foliole droite. — Vues par la face inférieure, les fibres aponévrotiques de cette foliole sont éraillées, disséquées pour ainsi dire, et en un point on observe une perte de substance.

Plèvre droite. — Les feuillets de la plèvre droite sont absolument recouverts de fausses membranes. Il n'y a d'adhérences qu'au niveau de la plèvre diaphragmatique, dans une étendue d'une pièce de cinq

francs, près du bord antérieur en avant de la perforation. Poumon droit peu diminué de volume. Tissu pulmonaire congestionné. Plèvre gauche et poumon gauche, rien à noter.

Péricarde. — Un peu de liquide citrin dans la cavité.

Cavité crânienne. — Rien à noter.

OBSERVATION XV. — A case of appendicitis with perinephritic abscess.

(THACHER. — *Med. Rec.*, n° 9, 23 avril 1892.)

Le malade est mort à l'hôpital Saint-Luc aussitôt après son admission, et c'est tout ce que nous connaissons de son histoire. Il y a environ trois semaines, il ressentit de la douleur dans le flanc iliaque droit, et eut des vomissements. Lorsqu'il fut admis à l'hôpital, il avait une expectoration sanguinolente et purulente.

A l'autopsie, l'appendice vermiforme fut trouvé passant vers le haut et en arrière du côlon ascendant, vers la région du rein et sembla normal sur la plus grande partie de sa longueur, mais son extrémité était un peu distendue et à un demi-pouce environ au-dessous du niveau de l'ombilic, il s'ouvrait dans un abcès de l'atmosphère du rein. Cet abcès s'étendait vers le haut, devant le rein et devant la face inférieure du foie. D'ici, quelques trajets aboutissaient derrière le foie à un vaste abcès situé entre le foie et le diaphragme et qui contenait environ un litre de pus. De cette cavité, une petite perforation à travers le diaphragme s'ouvrait dans le poumon avec lequel la plèvre diaphragmatique présentait des adhérences.

OBSERVATION XVI. — A case of appendicitis with perinephritic abscess.

(THACHER.)

Le Dr THACHER rapporte aussi un cas quelque peu semblable au précédent et dans lequel il put faire l'autopsie, il y a quelques années. Un malade, qui avait 60 ans, était traité dans l'hôpital à Emigrant dans l'île Ward et le diagnostic était pneumo-hydro-thorax d'origine inconnue. L'autopsie montra une perforation de l'appendice vermiforme. Un petit morceau dur de matières fécales, ressemblant quelque peu à un calcul, fut trouvé tout à côté de l'appendice, dans la fosse iliaque; il y avait une inflammation noire, gan-

greneuse, sentant mauvais, s'élevant de ce point le long du rein jusque derrière le foie, puis le long de la colonne vertébrale jusque dans la poitrine. La cavité pleurale droite contenait une grande quantité de pus épais et sentant bien mauvais.

OBSERVATION XVII (*inédite*). — Absès périnéphrétique.

(TUFFIER.)

H... 29 ans, garçon de café, est entré le 1^{er} août 1893.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère morte.

Sœur bien portante.

Sa femme et ses enfants se portent bien.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade.

Début de la maladie. — Le 18 juillet, le malade a de la lassitude, dans les jambes et de la courbature générale; — purgation; le 19 juillet, le malade a de la fièvre, un point de côté et respire mal; il a aussi des étourdissements; son médecin lui ordonne une purgation et 20 ventouses.

Le 25 juillet, il lui fait une ponction du côté droit (pleurésie).

Du 26 au 31 juillet, le malade éprouve des douleurs dans le côté droit, la région lombaire et dans le ventre; elles sont continues et augmentent par la pression, d'après ce que dit le malade; elles sont en outre sourdes et mal limitées.

Le 1^{er} août, il entre à l'hôpital dans un service de médecine; il a toujours autant de douleurs, elles s'étendent jusqu'à la cuisse et au testicule droit; le malade ne pouvait se coucher sur le côté malade.

Le 9 août, on le passe à la salle de chirurgie; le malade a maigri, il a l'aspect typhique, seulement il se couche sur le côté gauche; les douleurs sont violentes par exaspération, on ne peut lui toucher la région lombaire, la moindre pression les augmente.

La région lombaire est plus bombée que celle du côté gauche, elle présente une tumeur qui, au palper, est dure mais non fluctuante; à la pression, douleur violente *dans la région cœcale*.

A la percussion, la tumeur est molle, elle remonte jusqu'à la 10^e côte, puis la matité est moins nette; en bas elle s'arrête à la crête iliaque; en arrière à la colonne vertébrale et en avant elle est

limitée par une ligne joignant le sommet de l'aisselle à l'os iliaque.

Pas d'albumine dans les urines, langue normale.

On l'opère le jour même.

Opération. — Au chloroforme, incision rénale de 15 centimes; on tombe sur le rein qui est entouré de pus (1/2 litre environ); on touche au chlorure de zinc, pansement et mèches de gaze.

Suites opératoires. — Le malade va beaucoup mieux comme aspect, langue moins mauvaise, les douleurs ont diminué.

Le 11, pansement, même état.

Le 14, on met deux drains dans la plaie, pansement tous les deux jours.

Le 22, on raccourcit les drains, des bourgeons se sont formés.

Le 30, un seul drain.

Le 4 septembre, même état, pansement tous les deux jours.

Le 19 septembre, le malade va mieux, on enlève le drain.

Le 26 septembre, guérison, le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION XVIII (*inédite*). — Abscès périrénal gauche.

(TUFFIER)

N... H..., 54 ans, bijoutier. Entré le 6 juin 1894.

Antécédents personnels. — Il y a 10 ans le malade a eu une paralysie du côté droit qui a guéri. Pas de maladie importante, jamais de bronchite, ni de pleurésie.

Etat actuel. — La maladie actuelle a commencé vers la fin de février 1894. A ce moment, le malade a ressenti des douleurs du côté gauche de l'abdomen, dans la région de la fosse iliaque. En touchant, il sentait lui-même une sorte de tumeur dure au point douloureux.

Il n'en continue pas moins à travailler, mais la tumeur gagnant toujours vers le flanc gauche, il est obligé de s'arrêter dans le cours de ses travaux et de venir à l'hôpital.

A l'examen, le côté gauche présente une légère déformation. Le malade accuse des douleurs dans tout l'abdomen. Au toucher on sent une masse très dure, un large gâteau qui a envahi toute la fosse iliaque et a gagné la région du rein.

Le malade a maigri et perdu l'appétit.

12 juin. — *Opération.* — On fait la laparotomie; on tombe sur une poche d'où s'échappe un flot de pus dans lequel on n'a rien

trouvé qui puisse indiquer l'origine et la nature de l'abcès. Le pus avait envahi la région périnéphrétique, la fosse iliaque et la région inguinale.

On suture la plaie. Pansement iodoformé.

27 juin. — Le malade se plaint de douleurs abdominales, siégeant au niveau de la plaie. Piqûre de morphine.

OBSERVATION XIX (*inédite*). — Abscès périrénal gauche. Incision.

(TUFFIER)

M..., 45 ans, commerçant, entré le 18 mai dans un service de médecine, le 10 juin dans un service de chirurgie; parti le 12 juillet.

Antécédents héréditaires. — Aucuns, ni du côté des parents, ni du côté des enfants.

Antécédents personnels. — A 16 ans a eu la syphilis, traitement mercuriel pendant 2 mois, depuis, de temps à autre, il prend de l'iode de potassium. A 18 ans, fièvre typhoïde. — Durant la convalescence, parésie de la jambe droite.

En 1871 (20 ans), variole ayant laissé quelques traces sur le nez. A l'âge de 41 ans, il a eu 3 érysipèles successifs à la suite desquels ses cheveux et sa moustache sont tombés et qui se sont compliqués de troubles cérébraux assez graves. Il est d'ailleurs très buveur par profession : vin, bière. Il n'a jamais été aux colonies ni dans des contrées malsaines.

Début de l'affection actuelle. — Il y a 7 ans, le malade a eu une crise localisée à l'hypocondre gauche. Les douleurs cessèrent spontanément au bout de quelques jours.

Il y a 2 ou 3 mois, il a été repris de douleurs se manifestant après le repas du soir et localisées également à l'hypocondre gauche.

Enfin il y a un mois il a été pris d'un brusque accès de fièvre suivi d'autres accès. (Il se trouvait à cette époque à Saint-Brieux, à un endroit où il y avait des marécages.) Rentré chez lui le 1^{er} mai et ses accès continuant, il s'est fait traiter par un médecin qui lui a donné du sulfate de quinine sans résultat. C'est alors qu'il est venu à l'hôpital, sur le conseil d'un médecin d'Angers.

Etat actuel. — Tous les soirs à 5 h. 1/2, le malade est pris d'un accès de fièvre qui se manifeste par plusieurs frissons, claquements de dents, mais pas de stades de chaleur et de sueurs. La durée des accès varie entre 1 h. ou 2 h. et 6 ou 7 heures.

La douleur dans la région de l'hypocondre gauche déjà signalée

s'exaspère pendant ces accès fébriles. Malgré ces accès, l'appétit est conservé, le malade paraît vigoureux, d'un tempérament toujours très coloré.

A l'examen. — Nous trouvons le foie gras, débordant les fausses côtes de trois travers de doigt. La rate est très grosse, portée en avant, descendue vers le flanc et très douloureuse. Rien au cœur.

Pas de constipation. Miction normale jusqu'au 10 juin. Ces accès de fièvre traités par le sulfate de quinine et l'antipyrine n'accusent aucun changement. Le 10 juin, on trouve du pus dans les urines très colorées.

En palpant la région rénale gauche très douloureuse, on trouve un point maximum de douleurs au niveau de la rate dans la 12^e côte et dans la masse sacro-lombaire; en même temps on constate de l'œdème dans la région avec une énorme tuméfaction en avant au niveau de la rate.

Le 10 juin, le malade passe en chirurgie; diagnostic : affection rénale.

Opération le 11 juin à 5 h. du soir. — Après avoir endormi le malade, lavé soigneusement la région rénale gauche, il est mis sur le côté droit.

On fait une incision comme dans la néphrotomie. Après avoir traversé la peau, on trouve le tissu cellulaire infiltré ainsi que les masses musculaires. A l'incision il sort un flot de pus (ce pus a été reconnu aseptique) brun, d'odeur infecte : plusieurs litres.

On trouve une vaste cavité descendant jusqu'à la fosse iliaque, s'avancant dans l'abdomen et remontant jusqu'au diaphragme.

Lavage au sublimé au 1/2000.

Tamponnement dans la cavité à la gaze iodoformée. Sutures des extrémités dans la plaie, pansement ouaté. Une piqûre de caféine, une injection de sérum, 8 grammes.

Suites opératoires. — Le soir, le malade ayant saigné, on renouvelle le pansement; la température tombe dès ce jour à 37° et même au-dessous; pas de douleur.

12 juin. — Le pansement étant traversé, on renouvelle la gaze iodoformée superficielle et la ouate sans toucher les mèches profondes. Toujours pas de température, ni de douleur, le malade est en-chanté.

Il y a du pus dans les urines.

25 juin. — Le pus des urines diminue, toujours bon état, le malade dit qu'il souffre un peu de l'estomac.

1^{er} juillet. — On injecte dans le trajet de l'iodure de potassium. On n'en a pas trouvé dans les urines.

12 juillet. — Départ. La plaie est cicatrisée en grande partie, — il persiste dans la profondeur un trajet fistuleux de 4 centimètres.

OBSERVATION XX. — Appendicite avec abcès périnéphrétique secondaire

(MAYET. — Société anatomique, février 1895.)

M. Mayet rapporte l'histoire d'un enfant soigné par M. BROCA à l'hôpital Trousseau. Les symptômes se résumaient en douleurs dans la région du rein droit et empatement de la région lombaire; — néanmoins on conclut qu'il existait une appendicite à foyer postéro-supérieur. Après incision dans la région malade on tombe sur un clapier purulent situé derrière le côlon ascendant. Cette intervention fut insuffisante, le foyer se drainant mal et l'enfant, d'ailleurs opéré trop tard, succomba. On trouva à l'autopsie : 1^o un appendice d'une longueur de 14 centim., remontant le long du bord externe du côlon ascendant et s'ouvrant, à son extrémité, près du rein droit, dans un foyer purulent; 2^o un abouchement anormal de l'iléon dans le cœcum; la dernière anse intestinale passe devant le cœcum et vient s'ouvrir sur son bord externe.

OBSERVATION XXI. — Abscès sous-rénal. — Fistule stercorale. — Guérison.

(Pierre DELBET. — Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1897.)

Le 2 août 1897, le nommé T..., âgé de 30 ans, entre à Saint-Landry; on l'a fait passer d'urgence d'un service de médecine (salle Saint-Christophe) avec le diagnostic : tumeur de la région lombaire.

La palpation profonde révèle en effet à ce niveau la présence d'une masse dure, qui va de l'extrémité supérieure à laquelle elle adhère jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque; peu de douleur, pas de vomissements, ni de troubles digestifs, température se maintenant entre 35°5 et 38°, bref, rien qui nécessite une interven-

tion immédiate; voilà tout ce qu'apprend l'examen rapide du malade.

Mais voici quels sont ses antécédents personnels : à 16 ans, fièvre typhoïde qui fut soignée à l'hôpital Saint-Antoine. A 21 ans, pendant son service militaire au Tonkin, il fit un long séjour à l'hôpital pour la dysenterie et les fièvres; il revient en France guéri de la dysenterie, mais encore en puissance de paludisme, car, tous les ans, depuis cette époque, il a un accès au mois de juin. En dehors de cet accès annuel, sa santé est excellente; ses fonctions digestives en particulier s'exécutent avec une régularité parfaite.

Une nuit, en mai dernier, il est réveillé tout à coup par une douleur très vive dans *la moitié droite de l'abdomen*.

Cette douleur s'atténue au bout de quelques heures et disparaît; le matin, il va à la garde-robe comme il en a l'habitude et se rend à son travail. La veille de cette crise, le malade n'avait fait aucun excès de n'importe quelle nature : il avait été à la selle comme d'ordinaire et s'était couché sans que rien ait pu lui faire prévoir ce qu'il appela « un point de côté ».

Dans le courant de juin, un jour, pendant son travail, le même point douloureux reparut avec un début aussi inopiné; il dut rentrer chez lui, courbé par une douleur atroce que les secousses de la marche exaspéraient. Il se coucha; des cataplasmes chauds sur le ventre le calmèrent un peu. Cependant la douleur ne disparut pas aussi rapidement que la première fois, et pendant quatre ou cinq jours persista une sensibilité assez vive de la région, mais, pas plus que la première, cette seconde crise ne s'accompagna de vomissements, ni de constipation.

Le malade alla consulter à Saint-Louis; comme il est plombier, on crut à une colique de plomb et on lui conseilla de se purger; il le fit, et il ne s'en trouva pas plus mal.

Après une semaine de repos, il reprit donc son travail; toutefois il gardait un léger endolorissement, avec de petits élancements plus vifs de temps à autre, son appétit diminuait, ses selles néanmoins continuaient à être régulières. Le 30 juillet, assez brusquement éclata de nouveau une douleur intense; elle dura toute la nuit, s'atténua un peu le matin, et le malade put venir à pied à l'Hôtel-Dieu; on le reçut à Saint-Christophe où il resta trois jours avant de passer salle Saint-Landry, n° 48.

2 août. — On se trouve en présence d'un homme un peu ama-

gri, de teint légèrement terreux : la température rectale est de 37°5, la langue est humide et blanche, le pouls est bon ; pas de vomissements, ni diarrhée, ni constipation, pas de liseré saturnin aux gencives. Le malade se plaint seulement d'un abattement général et d'une douleur assez vague maintenant dans la fosse iliaque droite. Son ventre n'est ni ballonné ni rétréci ; la paroi ne se défend pas et la palpation ne détermine qu'une sensation douloureuse assez sourde, sans point maximum précis. En déprimant profondément la paroi antérieure, on arrive sur une tumeur très dure qui paraît faire corps avec le plan iliaque et lombaire et s'étend du rein à la partie supérieure de la fosse iliaque ; ses limites et ses connexions sont assez difficiles à établir, même en faisant coucher le malade dans le décubitus latéral gauche ; cette exploration n'est pas particulièrement pénible pour le malade. La percussion de la fosse iliaque en avant donne une sonorité normale.

L'opération est fixée au lendemain 3 août ; l'état du malade ne s'est pas modifié ; anesthésie à l'éther. Je fis une incision oblique commençant dans l'angle costo-vertébral et se dirigeant vers l'épine iliaque antéro-supérieure, après avoir récliné le carré lombaire. Je découvre en haut l'extrémité inférieure du rein. *Celle-ci est absolument indemne, mais elle adhère à la tumeur qui est très dure. Pour me rendre compte de sa nature, je l'incise et, après avoir franchi une coque fibreuse très épaisse, j'arrive dans une cavité qui contient du pus brunâtre. Le pus évacué, j'examine la cavité et je trouve, à sa partie inférieure, un diverticule qui me conduit sur le cæcum.* Drainage, réunion de la paroi par trois plans de sutures.

Suites opératoires. — Bien qu'il soit resté assez longtemps violacé et dyspnéique après son réveil, le malade est, le soir, dans un état satisfaisant ; la température est à 37° et son pouls à 80.

Le 4, dyspnée assez considérable, température 37°8, congestion pulmonaire assez étendue des deux côtés : ventouses, potion de Todd.

Le 5 et le 6, même état ; température vespérale : 38° ; on continue les ventouses et la potion alcoolique.

Le 7, la respiration est plus calme, les phénomènes stéthoscopiques ont rétrocedé, mais la température se maintient à 38°. On défait le pansement, on lâche les sutures superficielles : du pus s'écoule, franc et bien lié, par la partie supérieure de l'incision, brunâtre et odorant par la partie inférieure, derrière la mèche de drainage.

Le 8, fétidité prononcée.

Température, matin, 38° 7. Température, soir, 39° 2.

Le 9, la température est tombée brusquement à 37. Le pansement dégage une odeur stercorale manifeste ; il est en effet imprégné d'un liquide de couleur et d'odeur absolument fécaloïdes ; irrigation.

Le 10, l'écoulement fécaloïde est remplacé par l'évacuation de matières stercorales ; la température reste à 37°.

Le 11. Bien que le pansement ait été changé plusieurs fois dans la journée, le malade est souillé de matières fécales abondantes, le grand lavage ramène des débris stercoraux ; le malade ne rend plus de matières par l'anus ; quand on enfonce la canule de l'irrigateur dans le trajet, le liquide passe en partie dans le gros intestin.

Les jours suivants : même état local ; état général satisfaisant.

Traitement : alimentation exempte de légumes, on y joint de l'extrait thébaïque : 0.10 centigrammes, un lavement purgatif tous les quatre jours.

Les matières fécales reprennent leur route normale et la quantité qui passe par la fistule est de plus en plus restreinte. La partie supérieure de l'incision se ferme peu à peu.

A partir du 22 août, il n'y a plus trace de matières fécales dans le pansement, le malade va spontanément à la selle.

Le 30, le trajet est complètement fermé ; une petite surface bourgeonnante persiste seulement à la partie inférieure de la plaie opératoire.

Le malade, qui se lève depuis une douzaine de jours, a retrouvé son appétit et repris bonne mine ; il quitte l'hôpital sur sa demande.

OBSERVATION XXII. — Nécrose du pancréas. — Abscès descendant à gauche. — Expulsion d'un fragment du pancréas nécrosé. — Mort.

(KOERTE. — Communication au 24^e Congrès de chirurgie allemande, 1894, citée par PAGE dans sa thèse.)

Femme, trente ans, entrée le 29 avril 1891, morte le 4 août 1891. Trois grossesses. Dernier accouchement, le 17 mars 1891. Cinq jours après douleurs violentes à l'épigastre se propageant à tout le ventre. A son entrée, le 29, subictère, expression d'angoisse, langue sèche, température, 40°. Ventre ballonné et douloureux, surtout dans la

moitié supérieure. Rien d'anormal aux organes génitaux. Légère albuminurie. Amélioration les jours suivants. On sent une tuméfaction dans la région épigastrique, à gauche jusqu'au rein. Une ponction exploratrice donne un liquide jaune clair.

Alternatives de mieux et de plus mal. Le 28 mai, la température remonte brusquement, mauvais état général, la tuméfaction s'étend en bas, le long de l'uretère gauche.

Le 30 mai, incision lombaire horizontale. Le tissu périrénal est infiltré de liquide jaunâtre; en avant, petit foyer gris jaunâtre à contenu grasseux. Rein normal. Tamponnement et drainage de la plaie. Le 13 juin, on agrandit la plaie en bas; on pénètre dans une cavité rétro-péritonéale qui renferme un liquide jaune et des débris nécrosés. A la partie supérieure de la cavité, on trouve un fragment de tissu nécrosé, long de 11 cent., large de 2 cent., libre dans la cavité. Drainage et tamponnement. Il s'écoule par la plaie du pus avec des parcelles grasses jaunes. Plusieurs hémorragies surviennent le mois suivant dans la plaie. Mort le 4 août.

Autopsie. — Abscess enkysté très volumineux entre l'estomac, la rate, le diaphragme et le rein, vers l'incision lombaire. Il ne reste du pancréas que la tête et une petite portion de la queue. Abscess multiples de la rate. Calculs dans la vésicule biliaire, organes génitaux urinaires sains.

OBSERVATION XXIII. — Pancréatite aiguë. Abscess descendant dans la région lombaire gauche, vidé par une incision lombaire extra-péritonéale. — Expulsion de tissu glandulaire nécrosé. — Fistule pancréatique. — Guérison.

(KÖRTE)

Femme, 48 ans, obèse, 7 enfants. Coliques hépatiques avec ictère en 1888. Début le 5 juin 1893 par des douleurs violentes et des vomissements. Entrée à l'hôpital le 3 juin 1893. Faciès grippé, langue sèche, température de 38°3, pouls 128, respiration anxieuse, ventre ballonné, très douloureux. On ne sent pas de tuméfaction de l'abdomen. Nausées et vomissements. Un lavement fait rendre des matières. Alternatives de mieux et d'aggravation pendant un mois. Le 4 juillet, on sent une tuméfaction dans le côté gauche du ventre, s'étendant de la ligne mammaire à la région du rein et de la crête iliaque au rebord costal. Fluctuation peu nette. La sonorité

est obscurcie. La ponction exploratrice au-dessus de la crête iliaque amène du pus.

Incision oblique partant de la crête iliaque en haut et en arrière; on tombe dans une large cavité rétropéritonéale qui descend jusqu'au bassin, remonte jusqu'à l'extrémité inférieure du rein, et va transversalement jusqu'à la colonne vertébrale. Il en sort un pus jaune, inodore. Au niveau de la colonne vertébrale, trajet fistuleux remontant en haut, dans lequel une sonde introduite pénètre de 15 centimètres. Le pus contient de nombreuses parcelles jaune citron, de nature grasseuse, et des fragments de tissu d'un jaune sale, parsemé de granules jaunes plus denses.

L'examen microscopique des fragments nécrosés montre des acinis de la glande pancréatique. Les suites opératoires sont assez bonnes. La malade se rétablit lentement. Le 15 septembre; il s'est établi une fistule ne donnant plus de pus, mais environ 250 grammes d'un liquide jaune clair alcalin qui produit des érosions sur les lèvres de la plaie. Les forces reviennent; selles régulières, pas de sucre dans les urines. Analyse du liquide sécrété: 60 centimètres cubes de liquide clair, alcalin renfermant de l'albumine. Pas de ferment diastasique. Le liquide émulsionne nettement la graisse. Pas de thrypsine. La fistule se ferme, et la malade sort guérie. Le 11 novembre, réouverture de la fistule: la malade rentre à l'hôpital et sort guérie de nouveau le 6 janvier 1894.

Cette femme est diabétique.

Au mois de mars 1893, elle se plaignait d'amaigrissement et de faiblesse: les urines renfermaient 60 grammes de sucre par litre. C'est 21 mois après le début de la maladie que le diabète a commencé.

OBSERVATION XXIV. — Pancréatite aiguë avec abcès périnéphrétique consécutif.

(KÖRTE. — Congrès allemand de chirurgie, 1895.)

H... 37 ans, marchand, non obèse, souffrait, depuis des années, de troubles digestifs et de douleurs épigastriques. Le 10 février 1895, il se trouva mal subitement dans la rue: douleurs violentes bientôt suivies de vomissements, frissons, constipation, ventre ballonné. Il entra à l'hôpital le 22 février avec des signes de péritonite localisée à la partie supérieure du ventre. Le 25 février, légère amélioration; une selle après un lavement. Le 27, on sentit un empâtement,

large comme la moitié de la main et s'étendant de l'appendice xyphoïde jusqu'au-dessous de l'ombilic, s'étendant à gauche jusqu'au rebord costal, et à droite, vers la ligne parasternale. En injectant de l'air dans l'estomac, il se dilatait en haut et en avant de la tumeur; le côlon dilaté par le même procédé était à son bord inférieur. Soulèvement très net de la tumeur par les pulsations artérielles. Fièvre légère. Urines: ni sucre, ni albumine.

Le 3 mars, incision à gauche de l'ombilic.

L'épiploon gastro-colique est adhérent à la paroi abdominale; on le perfore, il s'écoule du pus abondant, fétide, mélangé de filaments blancs et de fragments noirs de tissu gangrené (le pus renfermait du *bacterium coli* et du staphylocoque). On sentait au fond de la cavité purulente, transversalement au-devant des vertèbres, une masse de tissu dur, on put l'amener avec les pinces et la curette; l'examen microscopique montra des traces de structure glandulaire. Contre-incision en arrière sous la 12^e côte gauche. Une légère amélioration survint après l'opération, mais ne dura pas.

Pas de sucre dans les urines, mort le 12 mars.

Autopsie. — Si on rabat l'estomac en haut, le côlon en bas, on aperçoit une large cavité limitée en haut par l'estomac, à droite par le foie, à gauche par la rate et le rein; en suivant le côlon descendant, elle arrive jusqu'au rebord du bassin; en bas, elle pénètre dans le méso-côlon transverse; à ce niveau, les parois de la cavité sont formées par des anses intestinales adhérentes à l'épiploon. Au fond on aperçoit à droite la tête du pancréas; le canal pancréatique s'ouvre dans le foyer.

OBSERVATION XXV. — Pancréatite aiguë. — Absès de la région lombaire gauche vidé par une incision. — Phénomène de péritonite. — Foyer purulent entre l'estomac, le côlon et la colonne vertébrale. — Laparotomie. — Mort. — Nécrose du pancréas.

(KOERTE)

Homme, 22 ans. Depuis 5 ans, accès fréquents de douleur gastrique avec vomissements. Début le 13 octobre 1893 par des douleurs abdominales violentes, vomissements, céphalalgie. Entré le 20. Homme bien musclé, léger embonpoint, légère cyanose, respiration gênée, température 39.2, pouls 140, douleurs abdominales. Pleuré-

sie gauche. Ventre ballonné. Dans la région lombaire gauche, entre le rebord costal et la crête iliaque, la paroi est œdématiée, douloureuse à la pression. La ponction amène un liquide rouge foncé, grumeleux, où le microscope montre des corpuscules.

Ni albumine, ni sucre. Pas de constipation.

Le 21 octobre, incision lombaire, de la crête iliaque à la 12^e côte. A une grande profondeur, on trouve une grande quantité du même liquide. Drainage. Il sort des fragments sphacelés. La fièvre continue. Ponction de la pleurésie. Le 5 novembre, tuméfaction vaguement fluctuante à l'épigastre. Vomissements. L'état général devient très mauvais. Le 10 novembre, une ponction amène du pus grumeleux, épais. Incision médiane, noyaux jaunes, mous sur la paroi et sur l'épiploon.

Tuméfaction recouverte entre l'estomac et le côlon par le grand épiploon. On sent la tuméfaction dépassant la petite courbure en haut. On perfore l'épiploon avec deux pinces et on suture les bords de la cavité aux lèvres de l'incision ; on le fait facilement à droite, mais à gauche la suture lâche et il s'écoule du pus épais mélangé des débris de tissus et des gouttelettes de graisse. On protège la cavité abdominale par des compresses. Lavage, drainage et tamponnement. Mort le soir.

Autopsie. — Péritoine adhérent autour de la plaie. Epiploon épaissi, endurci, parsemé de taches jaunes. L'ouverture antérieure conduit dans une cavité cloisonnée située entre l'estomac, le côlon, la colonne vertébrale. Un trajet conduit à gauche jusqu'à l'incision lombaire. Dans la racine du mésentère, cavité remplie de pus communiquant avec la première. La cavité supérieure contient le pancréas réduit de moitié, infiltré de noyaux hémorragiques, la tête est transformée en une masse informe de coloration grisâtre.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Le Président de Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Cours inédit.
- ALBARRAN. — Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet, tome VIII.
- AUDOUARD. — *Progrès médical*, 1876.
- BANZET. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1896.
- BERNHEIM et SIMON. — *Revue médicale de l'Est*. Nancy, 1880.
- BROCA (Aug.). — *Bulletin médical*, 1895.
- BROUSSOLLE. — *Bourgogne médicale*, 1894.
- CHAUVENET. — Contribution à l'étude des abcès périnéphrétiques.
Thèse de Paris, 1894.
- DIEULAFOY. — Leçons de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.
- DUPLAY. — Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1899.
- FERNET et PAPILLON. — *Revue des Sciences médicales*, 1897.
- GÉRARD-MARCHANT. — *Société de chirurgie*, 1895.
- GUINARD. — Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet, tome VII.
- GUINARD. — *Congrès de chirurgie*, 1899.
- HARTMANN. — *Société anatomique*, 1885.
- JALAGUIER. — Traité de Chirurgie Duplay et Reclus, tome VI.
- KOERTE. — Congrès allemand de chirurgie, 1895.
- LE DENTU. — Affections des reins.
- LEGUEU. — *Société anatomique*, 1892.
- LEJARS. — Congrès français de chirurgie, 1899.
- MAAS. — *Sammtl. klin. Vorträge*, 1897.
- MAYET. — *Société anatomique*, 1895.
- MICHON. — Thèse de Lyon, 1890.
- PAGE. — Thèse de Paris, 1898.
- RAYER. — Maladies des reins.
- RENAUT. — Académie de médecine, 1890.
- THACHER. — *Méd. Rec. N. Y.* 1892.
- TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique.
- TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, tome III.
- TUFFIER. — Traité de Chirurgie Duplay et Reclus, tome VII.
- TUFFIER et LEJARS. — Etude sur le système circulatoire.
- VAUGY. — Thèse de Paris, 1876.



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE PREMIER. — Historique	15
CHAPITRE II. — Anatomie	16
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique	20
CHAPITRE IV. — Etiologie	23
CHAPITRE V. — Symptômes	43
CHAPITRE VI. — Diagnostic	48
CHAPITRE VII. — Pronostic	52
CHAPITRE VIII. — Traitement	53
OBSERVATIONS.....	56
OBSERVATION I. — Suppurations dans la Fièvre typhoïde.....	56
OBSERVATION II. — Fièvre typhoïde d'intensité moyenne; abcès périnéphrétique survenu pendant la convalescence.....	57
OBSERVATION III. — Phlegmon périnéphrétique d'origine intestinale, ayant débuté par des phénomènes d'obstruction, abondance dans le pus du bacille coli communis.....	61
OBSERVATION IV. — Dyspepsie flatulente; surmenage; abcès périnéphrétique; guérison.....	64
OBSERVATION V. — Abcès anté-rénaux.....	66
OBSERVATION VI. — Abcès anté-rénaux.....	66
OBSERVATION VII. — Abcès anté-rénaux.....	67
OBSERVATION VIII. — Abcès anté-rénaux.....	68
OBSERVATION IX. — Abcès anté-rénaux.....	68
OBSERVATION X.....	69
OBSERVATION XI.....	70
OBSERVATION XII. — Abcès périnéphrétique dû à une perforation de l'appendice.....	70
OBSERVATION XIII. — Abcès périnéphrétique. — Typhlite et pérityphlite. — Abcès périnéphrétique droit. — Mort. — Autopsie....	71
OBSERVATION XIV. — Perforation de l'appendice cœcal. — Abcès périnéphrétique droit. — Pleurésie purulente.....	75
OBSERVATION XV. — A case of appendicitis with perinephritic abscess.	78
OBSERVATION XVI. — A case of appendicitis with perinephritic abscess.	78

OBSERVATION XVII (<i>inédite</i>). — Abscès périnéphrétique.....	79
OBSERVATION XVIII (<i>inédite</i>). — Abscès périrénal gauche.....	80
OBSERVATION XIX (<i>inédite</i>). — Abscès périrénal gauche. — Incision..	81
OBSERVATION XX. — Appendicite avec abscess périnéphrétique secon- daire.....	83
OBSERVATION XXI. — Abscès sous-rénal. — Fistule stercorale. — Guérison.....	83
OBSERVATION XXII. — Nécrose du pancréas. — Abscès descendant à gauche. — Expulsion d'un fragment du pancréas nécrosé. — Mort.....	86
OBSERVATION XXIII. — Pancréatite aiguë. — Abscès descendant dans la région lombaire, vidé par une incision lombaire extra-péritonéale. — Expulsion du tissu glandulaire nécrosé. — Fistule pancréati- tique. — Guérison (<i>loc. cit.</i>).....	87
OBSERVATION XXIV. — Pancréatite aiguë avec abscess périnéphrétique consécutif.....	88
OBSERVATION XXV. — Pancréatite aiguë. — Abscès de la région lom- baire gauche vidé par une incision. — Phénomène de péritonite. — Foyer purulent entre l'estomac, le côlon et la colonne verté- brale. — Laparotomie. — Mort. — Nécrose du pancréas.....	89
BIBLIOGRAPHIE.....	91

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.
Pat ologie médicale		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		BRISAUD.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.